1937

Die Gemeingefährlichkeit der Schizophrenen.

STANFORD UNIVERSITY
APR
11
1939
LIBRARY

Lane Medical Library

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der
Friedrich - Alexanders - Universität
zu Erlangen

vorgelegt von

Ulrich-Otto Uibeleisen
appr. Arzt aus Bamberg

Tag der mündlichen Prüfung: 30. März 1937

Buchdruckerei Max Döres, Erlangen, Rückertstraße 1
1938

Referent: Geheimrat Professor Dr. G. Specht
Dekan: Geheimrat Professor Dr. Fr. Jamin

Dem Andenken meines Vaters!

Wenn von Zeit zu Zeit durch die Schreckenstat eines Geisteskranken die allgemeine Aufmerksamkeit erregt wird und er auf Grund psychiatrischer Begutachtung freigesprochen wird, so herrscht in der Allgemeinheit auch jetzt noch häufig die Meinung vor, durch die Weichherzigkeit der Irrenärzte, mit der sie die Bestimmungen über die Unzurechnungsfähigkeit ausdehnen, werde die öffentliche Rechtssicherheit gefährdet. Nicht beachtet wird dabei, daß dieser Vorwurf, wenn er berechtigt wäre, auch die Gerichte treffen würde, daß auch dann Besorgnis um die öffentliche Rechtssicherheit bestünde, wenn die Psychiater zur Begutachtung überhaupt nicht herangezogen würden, daß aber auch die gleichen Bedenken gegen die Entlassung in die unbeaufsichtigte Freiheit bei einer großen Zahl von nicht geisteskranken Verbrechern zuträfen. Die Unterbringung von geisteskranken Personen in geeignete Verwahrung wird in Bayern durch Art. 80, II des Pol. StGB. vom 23. Dezember 1871 angeordnet: „... hat eine solche Person (Geisteskranker) einen Angriff gegen fremdes Eigentum versucht oder die öffentliche Sicherheit verletzt, und ist wegen Unzurechnungsfähigkeit ein Strafverfahren gar nicht eingeleitet worden oder ein den Strafvollzug einstellendes Erkenntnis erfolgt oder ist die Gemeingefährlichkeit einer solchen Person in sonstiger Weise festgestellt, so ist die Polizeibehörde berechtigt, auf Grund bezirksärztlichen Gutachtens Unterbringung in einer Irrenanstalt oder sonstige genügende Verwahrung anzuordnen." Der hier vorkommende Begriff der Gemeingefährlichkeit findet sich als Fachausdruck erst in der neueren Gesetzgebung: im Reichsstrafgesetzbuch werden in den §§ 306 bis 330 zahlreiche, aber keineswegs alle gemeingefährlichen Handlungen im polizeirechtlichen Sinne aufgeführt. Umfassender für den Begriff „gefährliche Handlungen" ist die Bestimmung, welche im § 823 BGB. niedergelegt ist. Die Reichsgesetze vom 9. Juni 1884 (gegen verbrecherischen und gemeingefährlichen Gebrauch von Sprengstoffen) und vom 30. Juni 1900 (Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten) sowie einzelne andere Polizeibestimmungen enthalten ebenfalls den Begriff. Doch ist er, wie

schon Horstmann betont, nirgends in der bisherigen deutschen Gesetzgebung genauer umgrenzt und festgelegt. Da er weder ein juristischer noch ein medizinischer, sondern ein dem Verwaltungsrecht entnommener ist, ist auch eine erschöpfende, allen Einzelmöglichkeiten gerecht werdende und für alle Fälle passende Definition der Gemeingefährlichkeit nicht möglich. An Versuchen hiezu hat es nicht gefehlt, die aber gemäß dem Standpunkt des Autors entweder mehr praktisch-verwaltungsrechtlich oder mehr theoretisch-juristisch oder mehr psychologisch geprägt sind. Die verschiedensten Gesichtspunkte spielten dabei eine Rolle. Ausgehend von der Tatsache, daß gemeingefährliche Handlungen meist kriminelle Handlungen sind, wurden diese und die Gefahr der Rückfälligkeit in sie betont; die Begriffe der Sittlichkeit, der öffentlichen Ordnung und Sicherheit und die Gesinnung des Täters, seine Lebensgewohnheiten, Anlage und Lebensführung, die Beschaffenheit der Verbrechen und die ihnen zugrundeliegende Triebfeder sowie auch die Dauer des Gefahrenzustandes wurden angeführt. Ja, sogar der Gesichtspunkt der Reue — das Verhalten nach der Tat — wurde bei diesen Definitionsversuchen herangezogen. Hinsichtlich der Geisteskranken spielt es dabei keine Rolle, ob der Erkrankte schon mit dem Gesetz in Konflikt gekommen ist, andererseits muß hier auch die Suicidgefahr durchaus als Argument für die Gemeingefährlichkeit berücksichtigt werden. Die Hauptschwierigkeit, den Begriff gesetzestechnisch zu definieren, liegt darin, daß es sich um eine Zukunftsfrage handelt, und man kann hier durchaus mit dem Beschluß der norddeutschen Psychiaterversammlung (Danzig 1908) einiggehen: „Gemeingefährlichkeit kann nur unter Berücksichtigung aller Einzelheiten des Falles als vorliegend anerkannt werden. Eine für alle Fälle passende Definition zu liefern ist unmöglich".

Von neueren Bestimmungen, namentlich hinsichtlich der Rechtsprechung, interessieren die Entscheidungen des Preußischen Oberverwaltungsgerichts, die in dem Runderlaß des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 21. 1. 1932 als auch künftig geltende Richtlinien für die Annahme der Gemeingefährlichkeit eines Geisteskranken bezeichnet sind. In der Entscheidung vom 12. 6. 1922 (Bd. 77, S. 343) wird Gemeingefährlichkeit Geisteskranker dahingehend erläutert, daß „eine Persönlichkeit, die dauernd zur Begehung strafbarer Handlungen neigt und von der weitere Straftaten zu erwarten sind, ohne daß auf sie die Bestimmungen des Strafgesetzbuches Anwendung finden können, als gemeingefährlich anzusehen ist."

Und in einem anderen Urteil vom 16. 4. 1925 (Bd. 80, S. 122) heißt es: „Rechtswidrige Angriffe gegen Rechtsgüter eines anderen, insbesondere wenn sie an sich den Tatbestand strafbarer Handlungen ausmachen, aber wegen der Geisteskrankheit nicht verfolgt werden können, begründen die Anwendung des Begriffs der Gemeingefährlichkeit auf den Geisteskranken." In dem spanischen Gesetzentwurf gegen Gemeingefährlichkeit ohne begangenes Verbrechen (Gesetz gegen Vagabunden und Gesindel vom 4. August 1933) ergibt sich aus dem Begriff des gemeingefährlichen Individuums die Indikation nicht nur gegen die Tat, sondern auch gegen den sich darin äußernden verbrecherischen Willen vorzugehen. Diese Hervorhebung des Willens ist auch das Hauptmerkmal des kommenden deutschen Strafrechts. Seine Bezeichnung der geistigen Grundhaltung als „Willensstrafrecht" drückt aus, daß nicht die Tat als solche Ausgangspunkt für das Strafrecht sein soll, sondern daß dieser Ausgangspunkt auf den verbrecherischen Willen des Täters verlegt werden soll. Auch der eingangs erwähnte Begriff der Unzurechnungsfähigkeit wird durch „Schuldunfähigkeit" ersetzt werden. Weiterhin interessiert hier noch, daß das Strafgesetz „dualistisch" orientiert sein wird: es sieht neben der Strafe auch „Maßregeln zur Sicherung und Besserung" vor, was ja schon durch das „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßnahmen der Sicherung und Besserung vom 24. November 1933" eingeleitet wurde. Dies alles wird sicher bei der praktischen Beurteilung der Gemeingefährlichkeit nicht ohne Bedeutung sein.

Neben der bisher betrachteten Gemeingefährlichkeit als Eigenschaft und Persönlichkeitsmerkmal gibt es auch eine Gemeingefährlichkeit strafbarer Handlungen. Die innere Wesensverwandschaft beider besteht darin, daß eine besondere Gefährlichkeit

1. durch Bedrohung eines größeren Kreises von Menschen oder Rechtsgütern gegeben ist und
2. die Auswirkung der Gefahr nicht von vornherein absehbar ist.

Hier sind ebenfalls im kommenden Recht wesentliche Änderungen der Bestimmungen zu erwarten. In dem Bericht der amtlichen Strafrechtskommission über gemeingefährliche Handlungen wird darunter nicht jede gemeingefährliche Tat verstanden, sondern eine Reihe weitgehend übereinstimmender Handlungen wird hier zusammengefaßt. Ausgehend von der

Dreiteilung, daß eine Gefahr für die Allgemeinheit begründet werde, durch

a) Eingriffe in das geordnete Walten der Naturkräfte und Anwendung von Giften,

b) Störung des Verkehrs und Beschädigung lebenswichtiger Anlagen,

c) Störung besonders wichtiger Betriebe,

wobei als Gefahr der Zustand zu verstehen sei, in dem nach den gegebenen Umständen der Eintritt eines Schadens als wahrscheinlich gilt, ohne daß es auf den regelmäßigen Ablauf der Dinge ankommt, und als Gemeingefahr die gelte, deren Umfang und Ausdehnung sich nicht übersehen und abschätzen läßt, wobei aber auch einzelne Personen oder Sachen gefährdet werden könnten, entschloß sich die Kommission die Gemeingefahr als „eine Gefahr für Leib oder Leben, sei es auch nur eines einzelnen Menschen, oder für bedeutende Sachwerte, die in fremdem Eigentum stehen, oder deren Vernichtung gegen das Gemeinwohl verstößt" zu erklären.

Wie im geltenden Recht soll auch in Zukunft das Merkmal der Gemeingefahr in mehrfacher Weise verwendet werden:

1. als Tatbestandsmerkmal unter Bildung konkret gemeingefährlicher Handlungen (Brandstiftung, Explosion, Überschwemmung, Lebensgefährdung durch Vergiftung und Verunreinigung von Wasser und Luft, Strandung, Gefährdung des Verkehrs, Beschädigung von Wasserbauten und anderen Anlagen, Verletzung von Regeln der Baukunde),

2. als tatbestandsmäßig nicht erwähnte, aber regelmäßig, wenn auch nicht im einzelnen Fall vorliegende Eigenart der Handlung, somit durch Schaffung von abstrakt gemeingefährlichen Handlungen (Begünstigung einer Gemeingefahr, Nichterfüllung von Lieferungsverträgen in Notzeiten, unterlassene Nothilfe, Sabotage lebenswichtiger Betriebe, Verhinderung des Betriebes einer öffentlichen Zwecken dienenden Fernmeldeanlage, Schiffsgefährdung durch Bannware, Gefährdung von Menschenleben).

Für besonders schwere Fälle, z. B. bei Erregung von Furcht und Schrecken in der Bevölkerung ist eine Erhöhung des Strafmaßes vorgesehen.

Die engen Zusammenhänge, die zwischen den Geisteskrankheiten überhaupt und der Schizophrenie bestehen und die eine allgemeine Betrachtung der letzteren für sich allein kaum möglich machen, drücken sich schon darin aus, daß die Schizophrenie die weitaus häufigste Psychose ist. 40% bis 50% aller Anstaltsaufnahmen, über 70% der Anstaltsinsassen sind Schizophrene. Eine Schwierigkeit, hier überhaupt genaue Zahlen anzugeben, und gleichzeitig ein Punkt, der für die eben genannten Zusammenhänge spricht, bedeutet das Auftauchen der gerade hier recht häufigen Probleme der Differentialdiagnose und der Abgrenzung. Aber trotz aller Kämpfe an der Peripherie des Schizophreniegebietes, aller Auseinandersetzungen über Primäres und Sekundäres, Pathogenetisches und Pathoplastisches in der Fülle der Erscheinungen gibt es doch eine große zentrale Gruppe, über die man sich unter dem Kennwort der Schizophrenie ohne weiteres einigen kann und einig weiß.

Kurz zusammengefaßt, versteht man darunter eine Geisteskrankheit, bei der der Beginn der Erkrankung meist in das Alter zwischen 15 und 30 Jahre fällt (frühere und spätere Erkrankungen sind selten), wobei sich schnell oder langsam ein geistiger Schwächezustand entwickelt, der durch eine besondere Denk-, Gefühls- und Willensstörung gekennzeichnet ist, oft verbunden mit Sinnestäuschungen und Wahnideen. Dabei findet sich im Denken Sperrung und Zerfahrenheit, im Fühlen trotz vorhandener Grundstimmung keine Einheitlichkeit des Affektlebens und äußere Gleichgültigkeit, im Wollen und Handeln Willenssperrung, Abschließen gegen die Außenwelt, Trägheit und Unberechenbarkeit. Die gesamte psychische Haltung erscheint als eine innerseelische Inkoordination, wobei die Aktivität verloren geht. Der Beginn, auf den später noch näher eingegangen wird, kann stürmisch oder allmählich in Erscheinung treten, der Verlauf führt immer zu einem, manchmal nur leichten Geistesdefekt, er ist regellos, entweder ununterbrochen oder schubweise fortschreitend, wobei sich auch Remissionen finden oder der Prozeß ganz zum Stillstand kommen kann. In der Mehrzahl der Fälle ist das Bild einer eigenartigen „Verblödung" das Endstadium. Als Ursachen werden Störungen der inneren Sekretion vermutet.

Ein Blick auf die heutigen Fragestellungen, bei dem zum besseren Verständnis die geschichtliche Entwicklung nicht ganz

entbehrt werden kann, leite über zur Betrachtung der wichtigen initialen Schizophrenie.

Die erste Diagnostik der psychischen Störungen stammt von Friedreich (1796—1862). In den Betrachtungen der damaligen Zeit stand der Inhalt der Wahnbildungen im Vordergrund neben der Diskussion über den Sitz der Geisteskrankheiten. Für die einen Autoren waren sie reine Körperkrankheiten, eine andere Gruppe glaubte an eine idiopathische Gehirnerkrankung als Grundlage des Irreseins. Doch vertrat schon vor noch nicht 80 Jahren Fr. W. Hagen die Ansicht, daß wir aus eigenen seelischen Vorgängen nicht einmal auf die Existenz eines Gehirns schließen können, so wenig wie wir aus anatomischen und physikalischen Untersuchungen des Gehirns nicht den mindesten Aufschluß über psychische Geschehnisse gewinnen können. In der Psychiatrie sei beides gleich wichtig, aber jedes eine Sache für sich und die Ergebnisse beider in sich eigenartiger Forschungsmethoden könnten dann in einer Beziehungslehre zusammengestellt werden. Etwa zur gleichen Zeit stellte H. Neumann den Begriff des psychischen Krankheitsprozesses deutlich dar, glaubte aber — als Gegenwirkung auf die vorher herrschende überfeinerte Diagnostik — nur an eine Diagnose: „Es gibt nur eine Art Seelenstörung, wir nennen sie das Irresein". Er unterschied Stadien: Wahnsinn, Verwirrtheit und Blödsinn. Einen weiteren Fortschritt bedeutete Kahlbaums Forderung, Anfang, Symptome, Verlauf und Ausgang insgesamt zu überblicken, also einen Längsschnitt durch die Persönlichkeit zu bilden an Stelle der alleinigen Betrachtung eines Zustandsbildes. 1874 veröffentlichte er sein Werk über die Katatonie. Hecker hatte drei Jahre vorher den Begriff der Hebephrenie geprägt, unter der wir heute mehr die symptomarmen, still verlaufenden schizophrenen Zerfallsprozesse verstehen. Nach der Herauslösung der Paralyse aus dem ganzen Krankheitskomplex faßte Kraepelin, auf den Arbeiten der beiden vorigen Forscher fußend die mit einem Verblödungsprozeß endenden und eine Reihe charakteristischer Symptome aufweisenden Krankheiten zusammen unter dem Namen Dementia praecox. Die Ansicht, daß Verblödung eines der Kriterien sei, mußte Kraepelin selbst für einen Teil der Fälle später revidieren. Der Name Dementia praecox stammt von Morel (1860). Bei der Suche nach der gemeinsamen Grundstörung aller Formen der Dementia praecox war Kraepelin sehr vorsichtig: „Vielmehr kann jeder einzelne Zug des Krankheitsbildes in gleicher oder doch sehr ähnlicher Form auch einmal den Ausdruck eines wesentlich anderen Krankheits-

vorganges bilden." War Kraepelins Forschung hauptsächlich auf die Endzustände der Krankheit gerichtet und bevorzugte seine Beschreibung mehr die reine Beobachtung, so war Bleulers Standpunkt mehr psychologisch orientiert. Er glaubte bei der Schizophrenie — ein von ihm geschaffener und erstmalig 1911 gebrauchter Ausdruck, der Spaltungsirresein bedeutet — das Grundsymptom in der Lockerung der Assoziation gefunden zu haben. Er unterschied auch als erster primäre und sekundäre Symptome. Betrachtet nach der Grundeinstellung ihrer Forschungen gingen von den beiden Wissenschaftlern zwei Richtungen aus. Die Nachfolger Kraepelins, fußend allein auf der Beobachtung, wandten ihre Aufmerksamkeit den reinen (leeren) Funktionen des Seelenlebens zu und suchten etwa die Frage zu klären, warum überhaupt eine psychische Veränderung, z. B. eine Wahnbildung zustandekomme. Bei dem Bestreben, auf organischer Grundlage in der Erkenntnis weiter zu kommen, bezeichnete Kleist die Schizophrenie als eine heredodegenerative Systemerkrankung des Gehirns mit drei scharf umrissenen lokalisationsfähigen Funktionsgebieten. Die Psychiker im Gegensatz zu den eben genannten Somatikern, strebten mehr eine Analyse der Psyche, also etwa die Klärung der Frage nach den psychologischen Zusammenhängen des Inhalts der Wahnbildungen an. Die Schwierigkeiten, die sich der ersten Gruppe entgegenstellten — anatomisch-histologische Grundlagen z. B. sind bis jetzt fast gar nicht gefunden worden —, veranlaßte die meisten Forscher sich mehr den psychologischen Dysfunktionen zuzuwenden, die dadurch weitgehend geklärt wurden. Die besondere Betonung, die verschiedene Autoren dem oder jenem Symptom zulegen, deckt sich mit der bis heute noch nicht geklärten Frage nach dem Grundsymptom. Neben dem schon von Bleuler bevorzugten Begriff des Autismus, dem Verlauf und den Störungen des Ausdrucks nennt K. Schneider besonders solche abnorme Erlebnisweisen als Kriterium zur Abgrenzung der Schizophrenie, die mit einer spezifischen Ichstörung verbunden sind (Stimmen, Gedankenlautwerden, gedankliche Beeinflussungen und körperliche, sexuelle Sensationen, „gemachte" Impulse). Es handle sich dabei zwar nur um eine Differentialtypologie, die alle Formen der Psychose umfasse, aber doch eine scharfe Abgrenzung gegenüber der Psychopathie und dem „Schizoid" erlaube. Berzes Versuch, hinter den primären Symptomen als Grundstörung psychologischer Art die „Hypotonie des Bewußtseins" aufzuzeigen, läßt die Frage offen, woher denn wiederum dieses Grundphänomen stamme. v. Monakow und Morgue

fassen das Wesen der Schizophrenie als Abbau der Persönlichkeit und versuchen eine „Biologie der Verfolgungsideen" zu geben, die ein wesentlicher Bestandteil aller schizophrenen Psychosen und Neurosen sind. Sie finden an der Wurzel der Verfolgungsideen das „kakon", d. i. das unbestimmte Gefühl einer Lebensbedrohung, einer unbekannten Gefahr, gegen die sich der Selbsterhaltungsinstinkt zur Wehr setzt. Die überaus reiche Symptomatologie, die sich in psychopathologischen, motorischen und körperlichen Erscheinungen ausdrückt, veranlaßte manche Autoren — neuerdings z. B. van der Scheer — sich für ein Fallenlassen der Einheitsdiagnose Schizophrenie auszusprechen; demgegenüber ist daran festzuhalten, daß die Schizophrenie ein Destruktionsprozeß mit einheitlichem Kern ist. In dieser Richtung geht auch eine Veröffentlichung jüngeren Datums von Nyirö, der die Schizophrenie als organische Krankheitseinheit bezeichnet mit vererbbarer Basis, deren Grundprozeß degenerativ + toxisch sei und die keine charakteristischen somatischen Symptome habe. Fortschritte der Erkenntnis seien vom Studium solcher Fälle zu erwarten, bei denen neben der Schizophrenie eine bekannte exogene organische Krankheit (Paralyse, Encephalitis) gleichzeitig bestünde. Mit der Frage der Zusammenhänge zwischen Konstitution und Schizophrenie hat sich Kretschmer befaßt. Seine Ansichten sind nicht unwidersprochen geblieben, zumindest ist die Sachlage hier noch ungeklärter als beim manisch-depressiven Irresein. Hinsichtlich der Behandlungsmethoden nimmt die Arbeitstherapie nach wie vor den ersten Platz ein. Die Psychoanalyse läßt wohl in geeigneten Fällen einen Kontakt mit dem Kranken gewinnen, hält aber das Fortschreiten des Prozesses nicht auf. Die somatische Therapie wurde immer wieder versucht, ohne daß dabei bis jetzt ein sichtbarer Erfolg zu verzeichnen gewesen wäre. Wohl angeregt durch die Erfolge der Paralysebehandlung, wurde über die verschiedensten Fieberbehandlungen noch bis in die neueste Zeit berichtet. Auch der hoffnungsvolle Bericht Küppers über die Erfolge bei der Insulinschockbehandlung nach Sakel stützt sich, wie er selbst sagt, auf eine verhältnismäßig kleine Anzahl Behandelter und läßt noch keine Beurteilung der Dauer der Erfolge zu. Doch sind jetzt außerdem noch viele Therapeuten, zumal in Wien (Pötzl) an der Arbeit.

Über den Gang der Vererbung der Schizophrenie wissen wir nichts Bestimmtes; wahrscheinlich ist er polyhybridrezessiv. In der gesunden Durchschnittsbevölkerung kommt die Schizophrenie zu 0,85% vor. Bei einem schizophrenen

Elternteil sind über die Hälfte der Kinder geistig abnorm (über 15% schizophren), bei Schizophrenie beider Eltern erkranken in 53% die Kinder wieder an Schizophrenie und weitere 29% werden schizoide Psychopathen (also im ganzen 82% abnorme Kinder). Allerdings ist die Nachkommenschaft der Schizophrenen der Zahl nach gering (Nissen, Fuchs) und die Neuerkrankungen kommen weitaus zum größten Teil aus den phänotypisch gesunden Blutsverwandten der Schizophrenen, wonach die in der ganzen Biologie vorhandene Tendenz, das Untaugliche auszumerzen schon auch bei der Schizophrenie besteht. Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, das die Schizophrenie an zweiter Stelle anführt, unterstützt diese Tendenz. Der Wissenschaft bleibt die Aufgabe, durch weitere Forschung noch wirksamere Wege zur Einschränkung der Schizophrenie zu finden; ausschlaggebend für die Erhaltung unseres bedrohten Volksbestandes wird aber immer die persönliche seelische Einstellung des Gesunden zur Nachkommenschaft bleiben.

Etwas näher eingegangen werden muß nun wegen seiner Bedeutung speziell hinsichtlich der Gemeingefährlichkeit auf das Frühstadium der Schizophrenie und seine Symptome. Auch für den Erfolg der erwähnten Insulinschockbehandlung ist ja der frühzeitige Behandlungsbeginn sehr wichtig. Das Stadium der noch nicht erkannten Psychose ist es in der Hauptsache, — neben den abrupten neuen Krankheitsschüben — das so stark zum Konflikt mit der Umwelt und dem Gesetz praedisponiert und zwar zum Konflikt gerade in seinen allerschwersten Formen.

Hollander und de Greeff betonen das schon und führen dabei aus, daß ihres Erachtens unsere Untersuchungsmethodik besonders bezüglich der initialen Schizophrenie zu grob sei, um subtile Frühdiagnosen zu stellen, und diese seien besonders notwendig, da zweifellos praepsychotische Zustände genügen, um Verbrechen zu bestimmen.

H. Stelzner schreibt, daß es zunächst einmal für die weitere Erforschung sehr wesentlich sei, wenn auffällige Jugendliche in ihrem weiteren Lebenswege verfolgt würden, um feststellen zu können, wieviele später wirklich an Schizophrenie erkranken. In den Frühstadien ließe sich eine sichere Diagnose nur nach genauer Kenntnis längerer Lebensabschnitte stellen. Wenn selbst monatelange Anstaltsbeobachtung unter Umständen schizophrene Momente bloßzulegen nicht imstande sei, so sei es für den einmal untersuchenden Arzt fast unmöglich zu der rich-

tigen Diagnose zu gelangen. Als Frühsymptome beobachtete die Autorin folgende:

1. Zusammengesunkene und teilnahmslose Körperhaltung, leerer oder bekümmerter Gesichtsausdruck, hypomanische Mimik, starres arrogant wirkendes paranoides Lächeln, Querfurchung der Stirn mit hochgezogenen Augenbrauen, seltene Augenbewegungen u. a.
2. Nachlassen der Leistungen (an den erreichten Schulzielen gemessen), auffallender Wechsel der intellektuellen Darbietungen sowohl im Neben- als auch Nacheinander, Verlangsamung der geistigen Prozesse und ihres sprachlichen Ausdrucks, Witzeleien bei der Untersuchung usw.
3. Affektive Störungen: grundloses Lachen oder affektloses Weinen, plötzlicher Stimmungswechsel, z. B. auch abrupter Widerstand gegen Fortsetzung der Untersuchung, hypomanisches oder depressives Grundbild, Fehlen von Exkulpierungsversuchen infolge Affektlosigkeit gegenüber der Strafhandlung.

Als anamnestisch besonders wichtig wurde von ihr stets nach einem plötzlichen Nachlassen der Arbeitslust und Fähigkeit sowie allgemein der intellektuellen und ethischen Leistungen gefragt. Es zeigte sich, daß die untersuchten weiblichen schizophrenen Fürsorgezöglinge jahrelang als depravierte, schwer erziehbare, debile, imbezille, am häufigsten als psychopathische Konstitutionen gingen. Der Gang der Erkrankung bewegt sich meist in folgender Richtung: leichtes Nachlassen der Intelligenz, affektive Störungen, häufig in Form manisch-depressiver Zustände und Affektkrisen, bei ersteren häufig auch Lockerung der ethischen Begriffe in Richtung sexueller Begehrungen, schwerere Zeichen geistigen Zerfalls, der sich zunächst, ohne spezifische Einzelsymptome zu zeigen, in absolutem Mangel jeder verstandesmäßigen Zielrichtung des Lebensweges dokumentiert. Das Freiwerden von Hemmungen läßt eventuell vorhandene Anlagen zu Vergehen und Verbrechen hervortreten.

Willmanns schildert die schleichenden und wenig auffälligen Erscheinungen, welche so überaus häufig die Dementia praecox einleiten, etwa folgendermaßen: Je komplizierter das Geistesleben eines Menschen ist, desto eher werden sich auch geringe Schädigungen offenbaren. Daher erfahren wir gerade bei geistig tätigen Menschen nicht selten in der Anamnese, daß sich bei ihnen lange vor der Ausbildung der Psychose eine vollkommene Umwälzung der ganzen Persönlichkeit entwickelte. Die ursprüngliche geistige Frische und Lebendigkeit schwindet;

der früher schaffensfreudige und strebsame junge Mann verliert seine höheren geistigen Interessen und wird träge und gleichgültig, sodaß auch seine Leistungsfähigkeit im Beruf bedenklich abnimmt. Trotz aller Ermahnungen kommt es nicht mehr zu einer geregelten planmäßigen Arbeit, an ihre Stelle tritt die Beschäftigung mit fernliegenden, oft weit über das Verständnis hinausgehenden Studiengebieten, unfruchtbares Nichtstun, völliges Einbüßen der früheren Triebkräfte. Im Verkehr mit der Umgebung beteiligt er sich nicht an der Unterhaltung, ist unaufmerksam und schweigend, mürrisch, menschenscheu und zurückgezogen. Fällt manchmal ein gewisser Übermut auf, so entspringt dieser nicht einer naiven, natürlichen Heiterkeit, sondern macht den Eindruck des Gesuchten und Erzwungenen. Oft steigern sich diese unmotivierten Erregungen und arten in sinnlose Ausschreitungen, Trinkgelage und sexuelle Orgien aus, die sich nicht aus dem sonstigen Verhalten des Kranken erklären lassen. Das ethische Feingefühl geht verloren; Unredlichkeiten, kleine Diebstähle und Betrügereien, welche sich durch die wirtschaftliche Lage gar nicht begründen lassen, bringen Konflikte mit dem Gesetz. Dieser moralischen Haltlosigkeit und Gefühllosigkeit, der oft erschreckenden Gemütsroheit, dem rücksichtslosen Egoismus, dem Verlust des Scham- und Ehrgefühls steht trotz aller Ermahnungen und Vorstellungen eine große Gleichgültigkeit und unbegreifliche Einsichtslosigkeit des Kranken gegenüber. Zum Arzt kommt dieser dann meist nur durch die dabei bestehenden körperlichen Beschwerden vager Natur, die Kopfschmerzen, die hypochondrischen Klagen sexuellen Inhalts, das Gefühl der allgemeinen körperlichen und geistigen Schwäche, der Müdigkeit und des Versagens der ganzen Persönlichkeit.

Von den neueren Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigen, äußert sich Rossi kurz dahingehend, daß der initiale Verlust der Affektivität für, das Erhaltensein gegen die Diagnose Dementia praecox spreche. Nach Roncati, der bei etwa 400 Kranken objektive Anamnesen und bei den remittierten Kranken eingehende Autoanamnesen erhoben hat, stehen im Vordergrund die subjektiven Symptome: Kopfschmerzen, Gefühl des Zusammenziehens der Stirn, des Druckes auf das Gehirn wie durch einen Schraubstock hervorgerufen, subjektives undeutliches Krankheitsgefühl mit körperlich empfundener, oft hypochondrischer Depression und subjektives Gefühl der Verwirrtheit bei gehemmter Aktivität. Demgegenüber treten die objektiven Symptome in den Hintergrund: Schweigsamkeit, Neigung zu Absonderung, Reizbarkeit; seltener finden sich

vasomotorische Störungen und solche des Verdauungstraktus oder körperliche Verfallserscheinungen (Abmagerung, Gelbfärbung der Haut, Abblassen der Schleimhäute, dunkle Augenränder, Absinken der Hämoglobinwerte und Störungen der Menstruation). Körperliche Sensationen sind schon kein Frühsymptom mehr. Miscolczy, Joo und J. Lange geben folgende Darstellung, die auch die etwas weiter fortgeschrittenen Stadien berücksichtigt: Nach ihnen können die ersten Frühsymptome sowohl uncharakteristisch (Stimmungsanomalien, pseudoneurasthenische, hysterische und hypochondrische Bilder, vasovegetative und Schlafstörungen) als auch spezifisch (Gefühls- und Denkstörungen, Veränderungen der Eigen- und Fremdbeziehungen usw.) sein. Bei letzteren könnte man in einem Teil der Fälle an die Möglichkeit einer lediglich quantitativen Steigerung konstitutioneller „schizoider" Eigenschaften denken. Bei sorgfältiger Überprüfung des praepsychotischen Verhaltens fanden die Verfasser aber nur in einem Fünftel ihrer Fälle ausgesprochen schizoide Persönlichkeiten, die sie offenbar am ehesten als verkannte abortive Prozeß-Schizophrene mit schon weit zurückliegendem Hirnprozeß anzusehen geneigt sind. Aus der Tatsache, daß gleiche histologische Veränderungen, wie sie als Zeichen des chronischen Defektes gelten, auch bei verhältnismäßig frischen Fällen in voller Ausprägung vorkommen, entnehmen die Verfasser, daß — wie bei der Paralyse (Spielmeyer, Bostroem) — auch der schizophrene Hirnprozeß den klinischen Symptomen voraneilen könne, sodaß der betreffende Schizophreniekandidat trotz bereits fortgeschrittener anatomischer Hirnveränderungen noch als geistig gesunde, bzw. „schizoide" Persönlichkeit imponiert.

Das bisher Gesagte wird im wesentlichen zusammengefaßt durch das, was Ewald über den Beginn der schleichenden Formen, die ersten auffälligen Symptome des äußeren Verhaltens ausführt: „. . . Man kann als Frühsymptome der Schizophrenie bezeichnen — wenn man von der Veranlagung des Schizoiden absieht — die zunehmende gedankliche Zerfahrenheit mit Neigung zu Verschmelzungen und Wortneubildungen infolge mangelhafter gedanklicher Spannweite, das Gedankenlautwerden (Stimmenhören) und den Gedankenentzug, die hypochondrische Zuwendung auf den eigenen Körper und den Einfluß ‚abnormer Sensationen' mit dem Gefühl des Beeinflußtwerdens oder Hypnotisiertwerdens, die zunehmende Abwendung von der Umwelt mit handgreiflicher Veränderung des Verhaltens gegenüber der Umgebung (eigentümliche Handlungen, Vernachlässigung der eigenen Person, Herumliegen und Herumdösen

im Gegensatz zu früherer aktiver Betätigung) und endlich eine eigentümliche Stimmungsänderung und Gefühlsverflachung, bald in Form von unmotivierten Erregungen oder Abwesenheitszuständen mit Unheimlichkeitserleben, Ratlosigkeit und ängstlicher oder paranoider Depression, oder in Form des einfachen Interessenschwundes, der nackten Gefühlsverödung". Bei der Differentialdiagnose gegenüber einem beginnenden endogenen melancholischen Zustand weist das Hereinspielen der Angst und die Unfähigkeit oder die Weigerung, sich irgendwie näher über die Depression auszusprechen, in Richtung der beginnenden Schizophrenie. Bei den paranoid beginnenden Fällen, die häufig auch einen pyknischen Körperbau und ein hypomanisches Temperament haben und offenbar dadurch von der frühzeitigen Zertrümmerung ihres geistigen Lebens, besonders vor der Zerfahrenheit bewahrt werden, spricht das Auftreten von Sinnestäuschungen, die mit der herrschenden Stimmungslage nicht recht in Einklang zu bringen sind (also nicht gut als illusionäre Umdeutungen oder Affekthalluzinationen aufgefaßt werden können) für Schizophrenie." Aber auch psychogene und exogene Momente, Generationsphasen usw. müssen berücksichtigt werden. Sie können modifizierend eingreifen, ein schizophrenes Bild gelegentlich vortäuschen und die Diagnose des Einzelfalles ungeheuer erschweren ..."

Im Rahmen dieser Arbeit ist eine auch nur angedeutete Besprechung der Klinik der Schizophrenie nicht möglich, doch werden neben der eben ausführlich geschilderten initialen Schizophrenie die nun in einem anderen Zusammenhang folgenden Ausführungen über einzelne Symptome bzw. die Krankheit insgesamt einen weiteren Einblick in das Wesen dieser Psychose vermitteln.

Der soziale Organismus muß sich in den verschiedensten Formen mit den gemeingefährlichen Schizophrenen auseinandersetzen, die ihm bei weitgehender Fassung des Begriffs nicht nur als Schwerverbrecher, sondern auch als Bettler, Landstreicher, jugendliche Verwahrloste u. a. gegenüberstehen, immer aber, wenn auch manchmal in unbedeutenden Vergehen mit dem Gesetz in Konflikt kommen können. Die Wissenschaft,

die es mit den kriminellen und kriminalrechtlichen Vorgängen zu tun hat, bei denen psychopathologische Momente in Betracht kommen, ist die Kriminalpsychopathologie ; sie umfaßt nach Birnbaum im weiteren Sinne auch die Poenalpsychopathologie und die kriminal-forensische Psychopathologie und ist als Teil der Kriminalbiologie aufzufassen. Begründet wurde sie durch die Fortschritte der Entwicklungslehre, Entartungslehre und der Irrenheilkunde selbst, auf denen Lombroso aufbaute ; weiter ausgebaut durch die der Konstitutionsbiologie, Erbbiologie (Kretschmer), medizinischen Charakterlehre (Ewald u.a.) und Psychoanalyse. Vom Pathologischen ausgehend kennzeichnet sie die einzelnen psychopathologischen Gebilde (Sinnestäuschungen, Bewußtseinsstörungen usw.) und Krankheiten, vom Kriminellen ausgehend die einzelnen Delikte (Totschlag usw.). Letztere Betrachtungsweise ist allerdings bei der schon geschilderten weiten Fassung des Gemeingefährlichkeitsbegriffs systematisch nicht möglich und interessiert hier auch weniger.

Vor der Besprechung der einzelnen kriminalpsychopathologischen Erscheinungsformen ist die Frage zu entscheiden, ob die kriminelle Wertigkeit gewisser psychopathologischer Faktoren gegenüber den analogen normalpsychologischen erhöht sei, ob eine pathologische Wertigkeit zugleich eine Überwertigkeit bedeute. Die allgemeine Neigung, den pathologischen Phänomenen (Sinnestäuschungen, Wahnideen usw.) an sich eine krankhaft gesteigerte Wirksamkeit, einen den natürlichen normalpsychologischen Einfluß überragenden, geradezu „organischen“ Zwang zum Handeln zuzuschreiben, drückt Hoche dadurch aus, daß er von der „Übermacht der krankhaft entstandenen psychischen Gebilde über die normalen“ spricht. Daraus würde bei unsozialer Tendenz eine gegenüber dem Normalen wesentlich erhöhte kriminelle Wertigkeit resultieren. Jedoch gestattet die psychiatrische wie die allgemeinpsychologische Erfahrung keinen eindeutigen Schluß nach dieser Richtung und die Wirkungskraft pathologischer Gebilde ist — fast — ebensooft eine schwächere wie eine stärkere, sehr oft aber auch analog der normalen. Man findet ebensooft ein Ausbleiben der psychischen Reaktion auf Sinnestäuschungen oder Wahnideen, Gleichgültigkeit gegenüber halluzinatorischen Bedrängungen wie hemmungs- und rücksichtslose Reaktion darauf in anderen Fällen.

Betrachtet man zunächst die Syndrome, Symptome und Zustandsbilder, so lassen sich eine ganze Anzahl klinisch für die Schizophrenie charakteristischer als kriminell relativ belang-

los bezeichnen, und zwar meist Komplexe, deren Eigenart die natürlichen Beziehungen zur Außenwelt mehr oder weniger aufhebt. Darunter fallen alle Symptomenbilder, bei denen durch die schwere Desorganisation, durch die erhebliche „intrapsychische Ataxie" der Betroffene sozial unmöglich gemacht ist und aus der Gemeinschaft ausscheidet, genau so wie die, bei denen durch Herabsetzung der psychischen Aktivität, durch Autismus u. a. der Antrieb zur Umsetzung der inneren Erlebnisse in äußere Handlungen ganz oder teilweise aufgehoben ist. Hierher gehören die katatonen Hemmungszustände (auf die gelegentliche Durchbrechung der Hemmung wird später noch zurückzukommen sein), die Zustände ausgesprochenster psychischer Verödung und die Verfalls- und Verblödungszustände mit hochgradiger seelischer Leere. Sind jedoch die Beziehungen zur Außenwelt vorhanden und ist die seelische Persönlichkeitsstruktur noch leidlich erhalten, dann werden die pathologischen Trugwahrnehmungen zur Hauptursache gemeingefährlicher Handlungen, der Halluzinant zum charakteristischen Träger der durch sie bedingten Delikte.

Durch die Sinnestäuschungen, die sich in elementaren Formen (Geräusche, Gerüche) wie in zusammengesetzten Sinneserlebnissen (szenenhafte Truggebilde) kundgeben und die verschiedensten Sinnesgebiete befallen können (Gehörs-, Gesichts-, Geruchssphäre) wird das Wahrnehmungsbild verfälscht, woraus inadäquate Reaktionen auf äußere Vorkommnisse resultieren. Da der subjektive Wirklichkeitswert der Sinnestäuschungen zumeist ein absoluter ist und ihnen dadurch das Gewicht und der Einfluß realer Geschehnisse zukommt und da ihr Sinnfälligkeitscharakter die Erlebnisform unmittelbarster zeitlicher und räumlicher Gegenwärtigkeit hat, ist die Folge eine meist besonders unvermittelte und heftige Reaktion nach Art impulsiver, psychologisch uneinfühlbarer Handlungen. Nach dem speziellen Sinnescharakter und Inhalt der Trugwahrnehmungen lassen sich kriminelle Wertunterschiede aufstellen. Wegen ihrer besonderen Häufigkeit und ihrer besonders lebhaften Gefühlsbetonung sind Gehörstäuschungen zumal solche, welche sich auf die menschliche Umgebung beziehen (Stimmen, besonders imperativen Inhalts) an erster Stelle zu nennen, während Halluzinationen aus der Geruchs-, Gefühls- und Geschmackssphäre durch die ihnen anhaftende Unlustbetonung eine starke Tendenz zur Auslösung von Abwehrreaktionen entwickeln (aggressive Reaktionen auf beschimpfende Stimmen, auf quälende Körpersensationen usw.). Dabei hat aber auch noch die

habituelle psychische Eigenart und der momentane seelische Gesamtzustand einen meist hemmenden Einfluß auf die von den Halluzinationen ausgehenden kriminellen Tendenzen; erleichtert werden diese aber wieder durch die Beeinträchtigung der psychischen Koordination, des geregelten Zusammenwirkens der seelischen Funktionen.

Durch die weiterhin zu nennenden Wahngebilde wird das Wirklichkeitsbild verfälscht. Es handelt sich bei ihnen um inhaltlich falsche, der objektiven Wirklichkeit nicht entsprechende pathologische Vorstellungen, entstanden durch abnorme Denkvorgänge, unbeeinflußbar durch Erfahrung und Kritik, die häufig zusammen mit den Sinnestäuschungen vorkommen und inhaltlich ebenso vielgestaltig sind, zeitlich aber das Bewußtsein ständig ausfüllen und auch auf die weitere Erfahrungswelt übergreifen. Die Überzeugung von dem Richtigkeitswert der Wahngebilde ist eine ziemlich absolute, sie beziehen sich fast immer auf das eigene Ich und haben zum Hauptinhalt den Beeinträchtigungswahn, (an dessen Wurzel v. Monakow das „kakon" setzt). Die kriminelle Wertigkeit ist verschieden je nach dem mit dem Wahn verbundenen Affekt: der im allgemeinen etwa der Lebensbedrohung zukommende starke Affektwert kann durch den psychischen Gesamtzustand und den persönlichen Charakter reguliert und durch die oft zusammenhanglosen und affektarmen Formen der Wahnideen weiter abgeschwächt werden. Die Delikte können sich durch Vielgestaltigkeit und Rücksichtslosigkeit auszeichnen.

Für die Gemeingefährlichkeit der beiden besprochenen Symptome ist von ausschlaggebender Bedeutung, worauf ja schon hingewiesen wurde, die Stärke der Gefühle, die auch die Grundlage der Willensäußerungen und der Triebhandlungen bilden. Ihre Störungen wurden als eines der ersten Anzeichen der beginnenden Psychose angeführt, sie sind es aber genau so, die als Krankheitsreste zurückbleiben, wenn andere Krankheitszeichen sich nicht mehr erkennen lassen. Die allgemeine kriminelle Wertigkeit ist abhängig von der Intensität: pathologische Gefühlsverstärkungen führen durch Erhöhung der Triebkraft und durch Wegfall der psychischen Kontroll-, Hemmungs- und Reguliermechanismen zu erhöhter Gemeingefährlichkeit; andererseits wird durch die aus der Gefühlsabstumpfung, Indolenz und Apathie hervorgehende Anergie und Passivität die Gemeingefährlickkeit in Richtung der „kleinen" parasitären Kriminalität des Bettelns, Landstreichens, der Gewerbsunzucht usw. gelenkt. Hinsichtlich der Gefühlsfärbung, deren Einfluß auf die

Tendenz zum Handeln sehr stark ist, herrschen die unlustbetonten Momente (Depression, Angst, Unruhe) vor und können wegen des ihnen eigenen seelischen Selbstentspannungsdranges gefährlich werden. Hollander und de Greeff nennen das schizophrene Verbrechen einen Akt der Selbstbefreiung, und zeigen damit zugleich die sehr große kriminelle Wertigkeit, die diesen mit stärkster innerster Spannung und höchstem Entladungsdrang einhergehenden Unlustaffekten der Angst eignet. Die Ablaufform dieser Triebe äußert sich in impulsiver, explosionsartiger Weise. Lustbetonte Gefühle sind kriminell belanglos. Der psychischen Gesamtkonstellation kommt auch bei den Gefühlen die Bedeutung zu, daß sie einerseits hemmend und regulierend einwirken kann; es können aber andererseits durch den Wegfall der Hemmungen verbrecherische Neigungen frei werden. Das durch die Reizschwellenerniedrigung hervorgerufene leichte Auftreten von Affekterregungen bedingt die Unberechenbarkeit des psychischen Verhaltens; die hier nahestehenden katatonen Erregungszustände — sie umfassen Affektanomalien und Bewegungsstörungen — bleiben völlig uneinfühlbar und können auch die Gemeingefährlichkeit der an sich kriminell belanglosen Endzustände der Psychose erhöhen.

Soweit Verstimmungszustände in das Gebiet der Schizophrenie hereinspielen, könnte die poriomanische parasitäre Asozialität (Vagabondage, Obdachlosigkeit, Notdiebstahl, auch Prostitution usw.) hier angeführt werden.

Nach der Besprechung der Einzelsymptome, die ja nicht nur bei der Schizophrenie allein vorkommen, folgt nun eine Bewertung der Krankheit als Ganzes. Man kann jedoch nicht ohne weiteres die klinischen Erscheinungsformen und ihre kriminelle Wertigkeit identifizieren; auch ist eine Betrachtungsweise nach Art der Klinik nicht geeignet, da sie die Beziehungen zum realen und sozialen Leben zu wenig heraushebt. Sieht man die Schizophrenie als Erscheinungsform einer abnorm veränderten psychischen Persönlichkeit an, so kann man auch, soweit kriminelle Auswirkungen vorhanden sind, einen schizophrenen Verbrechertyp aus ihr ableiten. Da die Krankheit als eine Addition von Symptomenbild und Verlaufseigenheiten imponiert, soll hier nochmals vom Standpunkt der Psychose aus das über das Symptomenbild Gesagte rekapituliert werden: Verwirrtheit und psychischer Zerfall der Persönlichkeit bedingen eine geringe kriminelle Wertigkeit und können sogar zur Stabilisierung einer praepsychotisch unsozialen Persönlichkeit (etwa eines Normalen oder eines Psychopathen) führen. Bei

erhaltener Persönlichkeitsstruktur mit charakterologischer Verschlechterung und ethischer und Gefühlsdepravation („Heboid") nähert sich das Bild dem, was über die beginnende Schizophrenie gesagt ist und bezüglich ihrer Gefährlichkeit noch folgt. Aus der Spaltung des inneren Lebens hervorgehende Zufallsentgleisungen tragen das Gepräge größter Gemeingefährlichkeit; den meist singulär bleibenden Delikten fehlt ein verständlicher psychologischer Zusammenhang und eine adäquate Motivierung. Da die ausgeprägte Schizophrenie ihren eigenen spezifischen Gesetzmäßigkeiten folgt, bleibt sie von inneren Einflüssen, wie Alter und Geschlecht und von äußeren, wie es das Milieu z. B. darstellt, ziemlich unberührt.

Mit den speziellen Verlaufseigenheiten der Schizophrenie hängt die „prozeßpsychotische" Kriminalitätskurve zusammen. Es entspricht der schnell fortschreitenden, dem psychischen Verfall zustrebenden Ablaufsweise ein unvermittelter steiler sozialer Absturz mit starker Neigung zu gemeingefährlichen Tendenzen, dem schleichend fortschreitenden Prozeß ein langsames Hinabgleiten und den Schüben und Remissionen ein intermittiert vor sich gehender Verfall. Genau so läuft dem Übergang von der Reiz- und Erregungsphase in stumpfe Demenz der Übergang von aggressiver Entladungstendenz in passive Unsozialität parallel. Ebenso hängt mit den Verlaufseigenheiten zusammen die zeitliche Gebundenheit der Gemeingefährlichkeit an den Schizophrenieprozeß: der „Bruch der Lebenslinie, die Zweiteilung des Lebensganges" liegt bei den Frühschizophrenen in den 20er Jahren, bei den Spätschizophrenen in den 40er Jahren. Allerdings läßt sich nicht in allen Fällen eine praepsychotisch-soziale und eine psychotisch-unsoziale Phase herauserkennen. Die ohne jedes vorherige soziale Verhalten der Unsozialität Verfallenen nennt Homburger: Primär Unsoziale. Dahin gehören die häufigen schizophrenen Erkrankungen bei anlagemäßig Unsozialen (z. B. Pfropfschizophrenie). Hier wären etwa die schon erwähnten Fürsorgezöglinge von Frau Stelzner zu nennen.

Als wichtigste Verlaufseigentümlichkeit der Schizophrenie ist in diesem Zusammenhang der Unterschied der einzelnen Phasen zu nennen, deren Bedeutung hinsichtlich der Gemeingefährlichkeit meist konträr zur klinischen steht.

1. Das Anfangsstadium hat als „kriminelle Vorzugsphase" zu gelten; aus der obigen ausführlichen Schilderung der initialen Schizophrenie geht folgendes hervor: Für die hohe Gemeingefährlichkeit sprechen neben den äußeren

Gründen des Bestehens der Beziehungen zur Umwelt vor allem innere Gründe: durch das relative Erhaltensein der Persönlichkeitsstruktur geben bloße psychische Gleichgewichtsstörungen und Charakterverschlechterungen besonders günstige Vorbedingungen für kriminelle Entgleisungen ab. Nach Birnbaum können „kriminelle Vorkommnisse — wenn auch selbstverständlich mit der nötigen Reserve — bei bisher intakter sozialer Lebensführung, wenn sie aus der habituellen Wesensart heraus nicht erklärbar sind oder gar mit ihr kontrastieren, nicht nur ganz allgemein als psychische Krankheitsanzeigen herangezogen werden, sondern auch speziell als Frühzeichen". Die Motivierung ist dabei meist unverständlich und verworren. Neben anderen gibt auch Glaser einige ganz typische Beispiele für dieses Schizophreniefrühsymptom. Aus ähnlichen Gründen wie dem Anfangsstadium muß

2. den Remissions- (Nachlaß-)Stadien besondere Gemeingefährlichkeit zugesprochen werden (Rückbildung auf eine dem Initialstadium ähnliche Stufe).
3. Das Höhestadium ist für die Gemeingefährlichkeit fast belanglos (Verlust des Zusammenhangs mit der sozialen Gemeinschaft, seelisch schwerste Dissoziation).
4. Das Endstadium, zeitlich am umfassendsten und der Zahl der abgelaufenen Fälle nach am größten, neigt durch das Vorherrschen psychischer Defekte, geistiger Leere, Apathie und Anergie fast gar nicht zu gemeingefährlichen Handlungen, wenn man von gelegentlichen kriminellen Entgleisungen absieht, die jedoch in jeder Phase vorkommen können. Selbst Halluzinationen oder Wahnideen gefährlichen Inhalts werden durch die Affektindolenz und Stumpfheit belanglos. Die kriminell unbedeutenden „Heilungen mit Defekt" werden durch mangelnde Krankheitseinsicht für einzelne Sinnestäuschungen oder Wahngebilde oder durch Erinnerungsmängel in ihrer Bedeutung nicht erhöht.

Zusammenfassend ist der kriminelle Verlauf als ein Rückgang der Gemeingefährlichkeit bei fortschreitender Erkrankung zu bezeichnen; eine Folgerung, die durch die ausführliche Schilderung der initialen Schizophrenie schon vorweggenommen wurde.

Der seelische Verfall, der gemeinhin als schizophrene Demenz bezeichnet wird, bildet die Grundlage für den Typ des passiv-unsozialen Schizophrenen. Bei seiner Schilderung kann

auf die Besprechung von Wilmanns zurückverwiesen werden, von dem auch die Benennung stammt. Dieser Typ ist durch seine Gefühlsabstumpfung und Initiativlosigkeit meist unter den Vagabunden, Bettlern und Landstreichern zu finden und er wird zur Hauptursache der Bagatellvergehen. Einen aktiv-schizophrenen Verbrechertyp kann man nur für die grausamen und unverständlichen singulären Schwerstverbrechen aufstellen. Ein habituelles Schwerverbrechertum wird infolge weiter Fassung des Schizophreniebegriffs von manchen Autoren anerkannt, von den meisten aber abgelehnt, so von Wetzel, Birnbaum und Stumpfl. Erwähnt soll hier noch die häufige Aufpfropfung schizophrener Erkrankungen auf eine von vornherein zur Kriminalität neigende psychische Minderwertigkeitsform werden (Imbezillität usw.) und die Haftschizophrenie pathologisch-krimineller Naturen. Stumpfl hat sich in seinen eingehenden Untersuchungen auch mit der Frage der Beziehung der Schizophrenie zum habituellen Schwerverbrechertum befaßt. Er führt etwa folgendes aus: Die Anstaltserfahrung hat in letzter Zeit immer wieder gezeigt. daß echte Psychosen bei Verbrechern im allgemeinen nicht häufiger auftreten als in der Durchschnittsbevölkerung. Es wurde vielfach davon gesprochen, daß Schwerkriminelle überwiegend aus schizoiden Persönlichkeiten bestehen und man wollte damit zum Ausdruck bringen, daß sie in einem erbbiologischen Zusammenhang mit der Schizophrenie stehen. Nach den Untersuchungen von Wilmanns und Meggendorfer ist zuzugeben, daß unter den passiv-asozialen Bettlern und Landstreichern eine auffallende Häufung von Schizophrenie besteht, es ist ferner zuzugeben, daß es hebephrene und parathyme Kriminelle gibt, an deren Zugehörigkeit zum schizophrenen Formenkreis nicht zu zweifeln ist. Aber auch die Anschauung, die in den Verbrechern schizoide Psychopathen erblickt, ist nicht haltbar und beruht auf einer Übertreibung und Entstellung der Lehre von Kretschmer. Der Nachweis erbbiologischer Zusammenhänge wäre in dem Augenblick erbracht, wo sich zeigen läßt, daß schizophrene Psychosen unter den Verwandten von Rückfallverbrechern, die selbst nicht schizophren sind, häufiger vorkommen als unter den Verwandten von einmaligen, die selbst nicht schizophren sind. Im ganzen ergibt der Vergleich zwischen den Sippen einmaliger und rückfälliger Verbrecher, daß Psychosen in den letzteren nicht häufiger vorkommen. Der Verfasser kommt somit auf Grund seiner Untersuchungen dazu, wesensmäßige erbbiologische Zusammenhänge zwischen Kriminalität und schizophrenem Formenkreis abzulehnen.

Wenn man vom Kriminellen ausgeht, so wurde ja schon bemerkt, daß es zu weit führen würde, von diesem Gesichtspunkt der Kriminalpsychopathologie aus den Begriff der Gemeingefährlichkeit zu erläutern. Die Frage nach dem Delikt, das die Merkmale psychischer Störung an sich trägt, wenn nicht gar selber das Merkmal gestörter Geistestätigkeit bedeutet, hat in früheren Zeiten eine große Rolle gespielt (Monomanien u. ä.). Demgegenüber ist nach Birnbaum daran festzuhalten: Noch weniger wie von einem pathoformen Delikt im allgemeinen (einem in seiner Eigenart pathologisch festgelegten Delikt) läßt sich von einem (für eine Krankheit) spezifischen pathoformen Delikt sprechen. Als kriminalpathologisches Indizium lassen sich allerdings gewisse Ausnahmeverbrechen bewerten. Im vorhergehenden wurden mehrmals die Impulshandlungen erwähnt, denen an Intensität und Art ungewöhnliche psychische Triebkräfte bei ungewöhnlich weitgehender Ausschaltung der seelischen Hemmungen innewohnen. Andererseits treiben affektstarke Motivkräfte gerade die halluzinatorisch-paranoischen Fälle, insbesondere die mit Verfolgungswahn zu abrupten starken Entäußerungen. Beide Male kann man sagen, daß gerade das Tötungsverbrechen, zu dem intensivste Triebkräfte und fast völliges Fehlen der Reguliermechanismen Vorbedingung sind, zum nicht seltenen Delikt solcher schizophrener Krankheitsformen wird.

Nach dieser systematischen Darlegung der speziellen Beziehungen zwischen Gemeingefährlichkeit und Schizophrenie scheint es angebracht, noch einzelne mehr praktische Beziehungen zu streifen, die den gemeingefährlichen Schizophrenen — jedoch nicht ihnen allein — im Rahmen des sozialen Organismus zukommen.

Die zunächst interessierende Frage nach der Zahl der gemeingefährlichen Schizophrenen kann nicht beantwortet werden. Es finden sich im Schrifttum nur Schätzungen darüber, wieviel gemeingefährliche Geisteskranke überhaupt unter der Bevölkerung sich befinden; ferner Angaben darüber, wieviele Geisteskranke, die in Anstalten aufgenommen wurden, vorher mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen sind. Aschaffenburg schätzt auf eine Million Einwohner 20 gemeingefährliche Geisteskranke; Rixen rechnet für Preußen jährlich 500

kriminelle Irre und geisteskranke Verbrecher; davon seien 10% als gemeingefährlich und bei der Unterbringung besonders schwierig zu bezeichnen. Nach der Reichskriminalstatistik betrug die Kriminalitätsziffer der verurteilten männlichen Personen in der Durchschnittsbevölkerung beim Durchschnitt der Jahre 1928 bis 1931 für die Altersklassen zwischen 21 und 25 Jahren 3,7%, für die Altersklassen von 30 bis 40 Jahren 2,6%; für die entsprechenden weiblichen Personen 0,44% und 0,39%. Siemerling gibt an, daß die Kriminalität bei Geisteskranken zehnmal höher liege als bei der gesunden Bevölkerung. Sander nahm in Dalldorf unter 1706 Geisteskranken 112 = 6,6% unmittelbar im Anschluß an Konflikte mit dem Strafgesetz auf. Nach Kundt waren am 1. Januar 1910 in den Bayerischen Irrenanstalten 979 kriminelle Männer und 197 Frauen untergebracht. Im einzelnen waren in Prozentzahlen vom Krankenbestand vorbestraft: in Eglfing 23,5%, in Gabersee 13,6%, in Deggendorf 31,4%, in Regensburg 20,5%, in Bayreuth 11,3%, in Kutzenberg 36,0%, in Erlangen 20,6%, in Ansbach 18,8%, in Werneck 17,2%, in Kaufbeuren 20,0%, in Klingenmünster 28,4% und in Homburg 9,7%. Többen fand unter 70 Mördern 28 = 40% Geisteskranke. Wetzel stellte 153 Fälle von Massenmord zusammen; bei 119 ließ sich entscheiden, ob eine Psychose vorlag oder nicht, 82 = 69% waren geisteskrank; schizophren waren 23% der 119, 33% der geisteskranken Täter.

Die von großen Massen ausgehende Statistik wird gerade hier manche Aufklärung bringen können, wofür die Unterlagen jetzt noch fehlen. Auch die Frage der Belastung der Gemeinschaft, vor allem in finanzieller Hinsicht, wird sich dann zahlenmäßig beantworten lassen.

Aus dem Strafvollzug sind die erkannten Schizophrenen von vornherein ausgeschaltet; daß eine Schizophrenie in der Strafhaft erst erkannt wird oder überhaupt erst in der Haft ausbricht, kommt häufiger vor. Zur Frage der Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker — ob in Heil- und Pflegeanstalten oder in Adnexen an sie oder an Strafanstalten oder schließlich in eigenen Anstalten — haben sich die verschiedensten Autoren geäußert (Aschaffenburg und viele andere, in den letzten Jahren Abèly, Oliviers, Raviart). Es ist daran festzuhalten, daß die gemeingefährlichen Schizophrenen in erster Linie Kranke sind und sich darnach die Art der Unterbringung zu richten hat. Auch eine spätere Wiedereingliederung bei „sozialer Heilung“ ist durchaus möglich.

Im folgenden seien nun noch einige Fälle aus dem Schrifttum aufgezählt, das sich in der Hauptsache nur mit dem sinnfälligsten Gemeingefährlichkeitsdelikt: dem Tötungsvergehen befaßt. Von den älteren Autoren führt Kraft-Ebbing zahlreiche Beispiele an, und bei ihm findet sich auch eine Zusammenstellung früherer Veröffentlichungen. Seine wie die Fälle von Moeli, Homburger, Göring, Scheven und Naecke stimmen in der Diagnose der Schizophrenie nicht vollkommen mit der heutigen Diagnostik überein. Der letztgenannte Autor zählte unter 110 Männern und 51 Frauen, bei denen das Delikt des Familienmordes vorlag, 13,6% männliche und 19,6% weibliche Schizophrene. Bei Scheven findet sich die interessante Angabe, daß unter sämtlichen Verurteilungen der Jahre 1882 bis 1896 Mord und Totschlag 0,07% betrugen, während der Prozentsatz bei den kriminellen Irren sich auf 14,3 belief. Göring unterteilt nach den Einzelsymptomen: Sinnestäuschungen, Wahnideen und Erregungszustände. Hübner führt in seinem Lehrbuch an, daß unter 16 straffälligen Schizophrenen 3 Mord oder Totschlag begangen haben. In der schon erwähnten Arbeit beschreibt auch Stelzner 2 hierhergehörige Fälle. Aus der neueren Literatur ist bemerkenswert, daß von Parasuram eine sehr hohe Zahl von schizophrenen Mördern angegeben wird. Unter 175 geisteskranken Untersuchungsgefangenen waren 101 Mörder, von denen 80 an Dementia praecox litten. Mit den Problemen der initialen Schizophrenie hängen die Untersuchungen zusammen, die Hackfield an 32 Fällen unternahm. Imber und Stanojevic stellen Betrachtungen über je einen Mordfall an, letzterer hauptsächlich nach der vorher falsch beurteilten rechtlichen Seite. Fälle, die sich durch Besonderheiten meist psychopathologischer Art auszeichnen, wurden beschrieben von Mikorey, Leinisch, Steffen, Hedenberg, Pacheco u. Silva, Genil-Perrin und Mueller. Letzterer liefert einen Beitrag zu dem Problem der relativen Unvermeidbarkeit der Mordfälle selbst in gesicherter Umgebung. Einen Beitrag zur Psychopathologie von Mord und Totschlag mit Schilderung einiger schizophrener Mordfälle bringt Puyn. Glaser führt 8 Beispiele für die schon mehrfach erwähnte Ansicht an, daß das Tötungsdelikt als ein Symptom von beginnender oder schleichend verlaufender Schizophrenie dann anzusehen ist, wenn die unerläßliche klinische Untersuchung den Verdacht einer Schizophrenie aufkommen läßt. Er fand folgende Eigentümlichkeiten in verschiedener Kombination bei seinen Fällen: Inbezug auf die Motive: fehlende Begründung für das logische Denken, Mißverhältnis

zwischen der Geringfügigkeit der Motive und der Schwere der Tat (krankhafte Antriebe, dem Täter selbst unbekannte Motive, Scheinmotive, falsche Überlegung, Handeln im Sinne eines selbständigen Komplexes). Inbezug auf die Ausführungsweise: Kaltblütigkeit, Grausamkeit (bis in extremste Grade, oft im Gegensatz zu der früheren Gemütsart), Plumpheit, Verbrecherromantik (Unfähigkeit die Täterschaft zu verdecken und sich erfolgreich zu verteidigen). Inbezug auf die Reaktion auf die Tat: Unberührtheit, Mangel an Reue und Gewissensbissen, Affektlosigkeit, mangelhafte Einsicht in die Bedeutung der Tat, sowohl hinsichtlich ihrer Folgen als auch des eigenen Schicksals, Gleichgültigkeit dem letzteren gegenüber.

Schon diese reine Aufzählung zeigt, wie groß das Interesse der Autoren an den immer wieder bei solchen Handlungen auftretenden Fragen verschiedenster Art ist. Wetzel äußert sich dazu folgendermaßen: „Tendenz zur Gewalttat gegen die eigene Person und gegen Andere kennzeichnet viele Zustände gerade dieser akut beginnenden Psychose. Oft haben diese Gewalttaten . . . . in ausgesprochenem Maße den Einschlag von Ratlosigkeit, ja von Hilflosigkeit, von blindem Drauflosreagieren, von Spannungsentladung einem unheimlichen Schicksal gegenüber. Man kann wohl hier den von Goldstein in anderem Zusammenhang angeführten Ausdruck der „Katastrophenreaktion“ gebrauchen. Die „Anderen“, gegen welche sich die gewalttätige Entladung richtet, sind zumeist Personen aus dem nächsten Umkreis des Kranken, aus der Familie in erster Linie, und hier steckt hinter der Entladung impulsiver Getriebenheit nicht selten, unklar vom Kranken selbst erfaßt, ein Motiv im Sinne des erweiterten Selbstmords, wenn gleichzeitig die Vernichtungstendenz sich gegen die eigene Person richtet, oder aber entlädt sich der Trieb zur Vernichtung von Menschen, die dem Kranken verändert, krank, „verhext“ erscheinen. Es ist vielleicht ganz besonders charakteristisch, wie hilflos oft solche Kranken ihren Taten gegenüberstehen, sei es, daß diese mißlungen sind, sei es, daß sie zum Erfolg führten. Es wird nicht zu bezweifeln sein, daß es akute Schizophrenien gibt, bei welchen sich der Impuls zur Gewalttat in einem an Amoklaufen erinnernden sonst in erster Linie dem epileptischen Ausnahmezustand eigenen Wüten entlädt“.

Ein Fall dieser Art sei zum Schluß im folgenden eingehender geschildert. Er hat seinerzeit viel Aufsehen erregt, viel amtliche Federn und auch die Tagespresse in weitem Umkreis in Bewegung gesetzt.

M. U. wurde 1892 in G. als unehelicher Sohn der K. U. geboren. Über die Familienverhältnisse des Vaters ist nichts bekannt, mütterlicherseits entstammt er einer belasteten Familie. Die Mutter wird als weichmütig, ruhig, sonst unauffällig geschildert, Onkel und Tante mütterlicherseits sind sonderbare Leute; der Onkel sehr temperamentvoll und rechthaberisch. Nach einer anderen Angabe seien die beiden immer wortkarg und schwerfällig gewesen. Patient hatte einen angeblich gesunden Bruder. In der Kindheit und Jugend keine besonderen Auffälligkeiten, keine Anfälle, kein Bettnässen, suchte auch Gesellschaft auf und war kein Alleingeher. Die Begabung war unterdurchschnittlich, sodaß man sogar von einer gewissen Imbezillität sprechen konnte. Sein Lehrer schilderte ihn — soweit er sich an ihn noch erinnern konnte, da seine Schulzeugnisse verloren gegangen waren — als geistig normal, seine Begabung ließ ihn nur zu mäßigen Fortschritten gelangen. Im 16. oder 17. Lebensjahr machte er einen Lungenspitzenkatarrh durch, fühlte sich seitdem nicht gesund, war lange Zeit gedrückt, weil er sich für schwindsüchtig hielt und gab deshalb auch das Trinken und Rauchen auf. Seine Gemütsart wird im allgemeinen als gleichmäßig angegeben, er verkehrte kameradschaftlich mit anderen, war auch gesellig, spielte Baßgeige bei einer Bauernkapelle. Er war nicht ungeschickt als Schreiner und Zimmermann und rasierte nebenbei die Ortsbewohner.

Zwischenhindurch hatte er nun Zeiten, in denen er sich recht sonderbar benahm; er war dann wortkarg, verschlossen, weniger arbeitslustig, blieb oft bis 10 und 11 Uhr im Bett, war scheu und niedergeschlagen. Lief in solchen Zeiten auch mehrmals ohne Grund und ohne Abschied zu nehmen davon, kam dann nach ein bis zwei Tagen wieder zurück und gab an, er habe in N. Arbeit gesucht, da es ihm zu Hause nicht mehr gefallen habe. Er war dann auch oft halsstarrig und bockbeinig. Besonders auffällig verhielt er sich dem weiblichen Geschlecht gegenüber. Während er sonst keinen Schatz hatte und sich nicht um Mädchen kümmerte, erregte er in seinen krankhaften Zeiten dadurch Aufsehen, daß er am hellichten Tage den Mädchen nachging, um ihre Gunst warb und dabei auch handgreiflich wurde. So kam es, daß er bald in den Ruf eines

„Spinnenden“ kam. Er zog sich dann später überhaupt immer mehr von der Gesellschaft zurück, vernachlässigte die Arbeit und „sinnierte“ viel. Seine Tante H. U., bei der er wohnte, gab an, daß er etwa seit seinem 17. Lebensjahr nicht mehr „richtig im Kopfe“ sei. Im Wirtshaus lachte er viel vor sich hin und nahm kaum an der Unterhaltung teil. Auch war er leicht reizbar. Nach seinem Beitritt zur Feuerwehr, kam er zur ersten Übung und blieb dann ohne weiteres wieder weg; auf Befragen erklärte er nur gleichmütig: „Er möge nicht mehr“. Ferner kam es häufiger vor, daß er einfach in fremde Häuser ging, sich dort ohne weiteres auszog und ins Bett legte. Mehrere Jahre vor seiner Klinikaufnahme erschoß er zu Hause nachts ohne jede Veranlassung seinen Hund und warf ihn dann zum Fenster hinaus. Trotzdem er schon zweimal wegen Körperverletzung und unbefugten Schießens verurteilt worden war, hatte man ihn im Besitz von Rasiermessern und Schußwaffen gelassen, weshalb sich auch die Dorfbewohner teilweise vor ihm fürchteten.

Bei Kriegsanfang wurde U. zum Militär als Ersatzreservist eingezogen. Der Einberufung folgte er stumpf und ohne darüber zu reden. Auch seine brieflichen Mitteilungen während der Dienstzeit waren mehr als dürftig und beschränkten sich lediglich auf den Wunsch nach Eßwaren. Er soll sich aber zunächst anstellig gezeigt haben und ein guter Schütze gewesen sein. Wegen Rheumatismus war er mehrfach im Revier. Als der Arzt ihn dort dann für entlassen erklärte, fuhr er nach Hause, weil er meinte, er sei von der Truppe entlassen worden; er wurde nach zwei Tagen durch einen Unteroffizier wieder abgeholt und wegen unerlaubter Entfernung zu 14 Tagen Arrest verurteilt. Obwohl Bürgermeister und Lehrer seines Heimatortes sich bemühten, der Militärbehörde zu beweisen, daß U. jetzt wieder auf eine seiner Krankheitsperioden zusteuere, scheint das betreffende Zeugnis keine Beachtung gefunden zu haben. Als er jedoch im Dezember 1914 einen Ertränkungsversuch im Kanal unternahm, wurde er der Psychiatrischen Universitätsklinik E. überwiesen. Aus der Krankengeschichte der Klinik ist folgendes zu entnehmen:

Körperlich bestand nur geringes Zurückbleiben des rechten Mundfacialis. Psychisch herrschte eine motorische und sprachliche Hemmung vor. Er lag in gezwungener Haltung mit abgehobenem Kopf zu Bett, sein Gesichtsausdruck war starr und gequält, verzweifelt. Spontan machte er keine Bewegung und sprach nichts. Nur auf wiederholte Aufforderung gab er zögernd

die Hand, Antworten gab er ebenfalls nur auf wiederholtes Fragen mit leiser Stimme und unvollständig. Beim Versuch einer näheren Untersuchung sprang er mehrmals zwischenhindurch auf und drängte zur nächstliegenden Türe; Ratlosigkeit und depressiver Affekt bestand dauernd, Auskunft wurde nur zögernd und leise, kurz, häufig ganz versagend gegeben. Nur ein paar der allereinfachsten Fragen wurden beantwortet, und mitten in der Unterhaltung begann der Kranke plötzlich zu weinen. Befragt, ob er Angst habe, sagte er „Ja", gab aber nicht an, wovor, gab auch keine Erklärung für den Suicidversuch. Ins Bett gebracht, lag er dort steif und mutazistisch, drängte dann wieder einige Male nach der Türe. Nach einigen Tagen wurde er etwas freier, verlangte nach Hause, es gehe ihm besser, aß auch spontan. Die Haltung hatte aber noch viel Gebundenes.

20. 1. 1915. Außer Bett, steht viel herum: schlappe Haltung, läppisches, zeitweise recht lauerndes und scheues Verhalten; verlangt heim. Bricht unversehens, wenn im Saal ein scherzhaftes Wort fällt, in läppisches Grinsen aus.

8. 2. Schreibt kindische Briefe, in denen er in ungelenker Schrift um Eßwaren bittet. Schreibt an ein Fräulein E., weil er meint, daß das seine Schwester sei. Auf die Frage, wie er zu dieser Meinung komme, Schweigen und blödes Lachen.

16. 2. Wieder verstimmter, hat heute Nacht das Bett verlassen, seine Schuhe angezogen und zur Türe gedrängt. Stellt alles in Abrede, gesteht aber schließlich, er habe heim gewollt.

18. 2. Abermaliger Fluchtversuch. Überrennt einen Pfleger an der Eingangstüre, läuft die Treppe hinab, verfehlt jedoch den Korridor und verirrt sich ins Kellergeschoß, wo er aufgegriffen wird. Auf Vorhalt Schweigen.

5. 3. Abermaliger Fluchtversuch nach einer schlaflosen Nacht. Mehr depressive, gehemmte Verfassung.

1. 4. Wird jetzt dauernd zu Bett gehalten. Liegt mit abgehobenem Kopf in gleichgültiger, eher euphorischer Stimmung, äußert keine Wünsche, ist unverändert arm an Bewegungen, Worten und Initiative.

7. 5. Seit einigen Nächten wenig Schlaf, Unruhe. Gibt seine Personalien richtig an. Auf Suggestivfrage bejaht er, Stimmen zu hören.

In einem Buch gezeigte Gegenstände werden nicht erkannt, dieselben Ergebnisse zeitigen Versuche mit Zahlennachsprechen, willkürlichen Entstellungen und einfachen Multipli-

kationen, die zum geringsten Teil richtig beantwortet werden. Auch einfache Fragen aus dem täglichen Leben und der Geschichte werden fast durchwegs falsch beantwortet, sodaß sein Verhalten den Eindruck einer schwachsinnigen Simulation erweckt.

20. 6. Wird wegen seiner wiederholten impulsiven Fluchtversuche im Bett gehalten, liegt ganz stumpfsinnig mit abgehobenem Kopf im Bett, schenkt den Vorgängen im Saal nur selten Beachtung. Äußert hin und wieder ganz unvermittelt Wünsche wie: „Bitte um Schnupftabak", oder „Ich möchte meine Entlassung" oder „Briefpapier". Bleibt bei der Ablehnung gleichmütig, lacht zuweilen, wenn andere im Saale lachen, grinsend mit, auch ohne den Grund zu kennen.

Unterdessen schied der Kranke aus dem Militärverband aus, und die Klinik hatte nun keine Möglichkeit mehr, sich dem Drängen des Onkels auf Entlassung zu widersetzen. Zur Charakterisierung der Sachlage diene ein Auszug aus einem Bericht an die Regierung von dem damaligen Leiter der Klinik, Geheimrat Professor Dr. S.: „. . . In der Klinik herrschte bei ihm (U.) ein stuporöses Krankheitsbild vor. Es ließ sich nicht entscheiden, ob dieses der Hauptsache nach als psychogen bedingt oder als Erscheinungsform einer Dementia praecox aufzufassen war, zeitweise konnte man sich des Eindrucks einer bewußten Übertreibung nicht erwehren. Von Anbeginn seines Hierseins hatten wir uns der vorzeitigen Entlassungsanträge von Seite des Onkels des Kranken zu erwehren. Dieser wußte alles besser als wir, kannte, wie er sagte seinen Neffen von innen und von außen, den habe nur das Militär verrückt gemacht, der leide jetzt nur an Heimweh und wenn er draußen wäre, würde alles wieder gut. Scheinbar gab das Verhalten des Kranken seinem Onkel recht; bei Besuchen war jener immer etwas aufgeräumter und heiterer und sein impulsives Fortdrängen konnte auf den Laien in der Tat den Eindruck unbändiger Sehnsucht nach Hause machen. So tat man sich denn ungemein schwer, den Angehörigen Geduld zu predigen. Als dann aber der Kranke aus dem Militärverband entlassen war und die Verwandten freie Verfügung über den Kranken bekamen, ließ sich der Onkel nicht weiter vertrösten. So begutachtete ich denn schließlich am . . . , daß man unter der Voraussetzung entsprechender Beaufsichtigung eine probeweise Entlassung versuchen könne. Nach den von der Gendarmeriestation eingelaufenen Erhebungen vermochte ich jedoch die Verwandten des U. nicht für die geeigneten Persönlichkeiten erachten, denen

man die Beaufsichtigung des U. in seiner damaligen Geistesverfassung anvertrauen konnte (gutachtliche Äußerung vom ....). Der Kranke mußte indeß aus der Anstalt entlassen werden, nachdem er durch amtsärztliches Gutachten vom . . . . wohl als geisteskrank, nicht aber als gemeingefährlich erklärt und uns vom K. Bezirksamt E. mitgeteilt worden war, daß die Armenpflege G. den Auftrag erhalten habe, für ein passendes Unterkommen zu sorgen. Er wurde am 16. Juli 1915 von seinem Onkel, dem Ökonomen M. U. von G. abgeholt und ungeheilt unter Überbürdung der vollen Verantwortung auf den Antragsteller aus der Anstalt entlassen. Von der vollzogenen Entlassung wurde gleich am folgenden Tag das K. Bezirksamt E. wie der K. Bezirksarzt in Kenntnis gesetzt. Am 29. September 1915 erhielten wir seitens des K. Bezirksamtes E. die Mitteilung, daß über die Führung des Entlassenen nichts Nachteiliges bekannt geworden sei . . . . . .

Zur Zeit der Herausnahme des Kranken aus der Anstalt mußte man ärztlicherseits diesen wohl noch für anstaltsbedürftig erachten; aber so war der Zustand denn doch nicht, daß man die zwangsweise Internierung hätte begutachten können. Abgesehen davon, daß man damit den sehr temperamentvollen Onkel sicher zu einem Querulanten gezüchtet und wahrscheinlich auch weitere Kreise der Heimatgemeinde in Aufregung versetzt hätte, war die Möglichkeit einer sogenannten „Versetzungsbesserung" nicht ganz von der Hand zu weisen. Tatsächlich hat ja dann auch der Kranke fast ein Jahr lang draußen gut getan. Die dann eingetretene Verschlimmerung seines Zustandes ist darum praktisch einer Neuerkrankung gleichzuachten. Da diese Zustandsänderung sicher, wie auch die damaligen Mitteilungen in der Presse bestätigen, nicht ohne deutlich wahrnehmbare Zeichen sich eingestellt hat, wäre es Sache der genügend aufgeklärten Angehörigen gewesen, sofort ärztlichen Rat beizuziehen. Daß man vollends diesen geisteskranken Mann im Besitz eines Rasiermessers gelassen hat, sollte man nicht für möglich halten; man kann sich darnach denken, wie die sonstige Beaufsichtigung des Kranken ausgesehen haben mag . . . ."

Im März / April 1916 stellte sich in zunehmendem Maße wieder eine Verschlechterung ein, die von den Angehörigen zwar bemerkt, nicht aber beachtet wurde. U. rasierte nach wie vor die Bauern und auch am Vorabend der Tat kam einer von ihnen, Ö., gegen 6 Uhr abends zu ihm und wollte rasiert werden. Ö. traf ihn am Tisch sitzend und auf ein Kriegervereinsbild starrend an. Auf die Begrüßung und auf den aus-

gesprochenen Wunsch des Ö. reagierte U. gar nicht und blieb auch in sein Brüten versunken, als seine Tante ihn wiederholt auf das Anliegen des Mannes aufmerksam machte. Während dieser dann mit der Tante sprach, sagte U. plötzlich ganz unvermittelt: „So, geht's Dir gut?“ und starrte dann wieder auf sein Bild, bis Ö. unverrichteter Dinge fortging. Etwas später beobachtete die Tante, wie ihr Neffe seinen Onkel ein paar Mal „so scharf und gehässig“ anschaute. Er sprach an diesem Abend gar nicht und ging auch schließlich wortlos zu Bett. In der Nacht ermordete er dann seinen Onkel, mit dem er die Schlafkammer teilte dadurch, daß er ihm mit dem Rasiermesser den Kopf vollständig vom Rumpf trennte. Er blieb dann im Zimmer, den Kopf des Ermordeten stellte er auf einen Stuhl. Ohne Widerstand ließ er sich am anderen Tag verhaften und fortführen, nur wollte er den Kopf mitnehmen, „da sonst die Welt untergehe“. Er war völlig stumpf und apathisch, äußerte nur einmal auf Vorhalt, was er denn da angestellt habe: „Das hab' ich gemüßt“. Im übrigen blieb er ganz still und affektlos.

Nach Zeugniserstellung durch den herbeigerufenen praktischen Arzt wurde er in die Heil- und Pflegeanstalt E. gebracht. Hier kam er im gleichen Zustand an, langsam und zögernden Schrittes. Völlig teilnahmslos und stumm ging er zur Abteilung, ließ ohne Widerspruch alles mit sich vornehmen und, wenn er ja einmal einen Wunsch äußerte, so nahm er dessen Ablehnung völlig gleichgültig auf. Wortkarg und bewegungsarm blieb er die ganze Zeit, hin und wieder lachte er unmotiviert, weinte grundlos oder lief planlos, wie in tiefes Brüten versunken, im Saale herum. Im Bett lag er sehr viel, und dabei bemerkte man dann eine unbequeme, starre Haltung an ihm, auch streckte er einmal lange Zeit die Arme in die Höhe. Allmählich wurde er unrein und schmierte auch mit Kot. Die sprachliche Hemmung zeigte sich darin, daß er fast nie an einer Unterhaltung anderer Kranker teilnahm. Die meisten Versuche, ihn zum Sprechen zu bringen, blieben erfolglos, er blieb die Antworten auf Fragen schuldig oder verstummte gleich wieder, nachdem er die eine oder andere nachlässig und mit leiser Stimme beantwortet hatte. Es gelang auch dem zur erneuten Begutachtung zugezogenen Direktor der Klinik und dem stellvertretenden Bezirksarzt nicht, ein Wort aus ihm herauszubringen. Er kümmerte sich auch gar nicht um das Erscheinen des Richters, der ihn vernehmen wollte, blieb ruhig vor sich hinstarrend sitzen, stand plötzlich auf und drängte zur Türe, ließ sich dann aber widerstandslos auf seinen Platz zurückführen. Nach längerem Schweigen beantwortete er langsam und zögernd, aber

richtig die Frage nach seinen Personalien und verstummte dann wieder völlig. Alles Zureden ging spurlos an ihm vorbei. Über den Mord äußerte er überhaupt nie ein Wort, reagierte auch nicht, als ein anderer Kranker ihm die Tat in deutlichen Worten vorwarf. Ebenso abweisend verhielt er sich auch allen Aufforderungen gegenüber, die man an ihn richtete. Er wusch sich im Saal gegen den Einspruch des Pflegers, blieb über die Zeit im Bett liegen, schloß das eben geöffnete Fenster sofort wieder und verweigerte öfters die Nahrung. Fragebogen wurden selbst in etwas freieren Zeiten nur in den allereinfachsten Fragen sehr zögernd und nach längerem Besinnen ausgefüllt, sodaß eine Prüfung des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit und der Schulkenntnisse gar nicht möglich war, die des Intellekts nur als unter dem Durchschnitt geschätzt werden konnte. In einigen Briefen an seine Angehörigen bat er nur kurz um Lebensmittel.

Einige Male wurde dieses monotone Bild unterbrochen durch eine gewisse Lebhaftigkeit. Er zeigte Lust zur Unterhaltung und äußerte sogar nicht unrichtige Ansichten über nächstliegende Dinge. Auch während seines Anstaltsaufenthaltes fiel er durch eine Anzahl sonderbarer Handlungen auf, die ganz plötzlich und scheinbar unmotiviert von ihm ausgeführt wurden. So sprang er plötzlich auf, scharrte mit den Füßen, als ob er vom Boden etwas wegwischen wollte, oder rieb mit Papier die Fenster energisch ab. Ein andermal stellte er die Trinkbecher in einer Reihe auf und kehrte dann rasch in sein Bett zurück oder er sprang hastig auf, lief zum Fenster, spuckte auf die Blumentöpfe und eilte zurück. Auch zu kleinen Diebereien am Eigentum anderer Kranker kam es unter ähnlichem Verhalten öfter. Auch bestrich er einmal sein Brot mit Speichel, bestreute es mit Schnupftabak und wollte es so essen. Mit dem abwehrenden Pfleger kam es dabei zu einem heftigen Konflikt. Die körperliche Untersuchung ergab, soweit sie überhaupt durchführbar war, nur Spannungszustände und „wächserne Biegsamkeit“ in der Muskulatur.

1. 6. 1916. Lungert viel im Bett herum, verweigert die Antwort, spricht auch mit anderen Kranken und den Pflegern kaum. Torpid und ohne jede Initiative.

30. 6. Wurde in den letzten Tagen grob, gleich heftig gereizt.

20. 8. Patient näßte heute in sein Bett, legte sich darauf in ein anderes und näßte auch dieses sofort wieder ein.

1. 11. Der Stupor wird zuweilen durch sinnlose, impulsive Handlungen unterbrochen. Patient schlug häufig nachts auf seine Nachbarn ein, zertrümmerte wiederholt mit einem Stuhl die Uhr, schüttete nachts Wasser in sein Bett etc.

31. 1. 1917. Meist stuporös, liegt zusammengekauert unter seinen Decken vergraben und reagiert auf keine Anrede. Zeitweise erregter, haut zu.

20. 4. Steht und sitzt indifferent herum, läßt sich auf keine Exploration ein.

Dieser Zustand änderte sich kaum bis zu seinem im Herbst 1917 an einem Aufflackern des tuberkulösen Lungenprozesses erfolgenden Tode.

Nochmals kurz zusammengefaßt ergibt sich:

Ein aus belasteter Familie stammender und in seiner Jugend schon durch Triebhandlungen und Absonderlichkeiten auffallender Mann begeht plötzlich einen Suicidversuch und kommt anschließend in psychiatrische Beobachtung. Sein stuporöses Verhalten läßt sich nicht restlos einwandfrei als Schizophrenie erkennen. Nach seiner Entlassung und zeitweiliger Besserung begeht er einen Mord. In der nachfolgenden Anstaltsbeobachtung läßt sich die Diagnose Katatonie nach kurzer Zeit stellen, und bei gleichbleibendem stuporösen und negativistischem Verhalten, das nur hin und wieder durch impulsive Erregungszustände unterbrochen wird, kommt es nach $1^1/_2$ Jahren zum Exitus.

Im Gegensatz zu den meisten Fällen der vorher zitierten Autoren wurde hier von einem Schizophrenen in einem plötzlichen Raptus ein Mord begangen. Der Kranke, der aus einer belasteten Familie stammt, zeigt schon in seiner Jugend ein sonderbares Wesen und viele Züge der bei den Frühsymptomen der Schizophrenie beschriebenen Art. So ist er wortkarg, verschlossen, arbeitsunlustig, gedrückt, affektlos, dann wieder plötzlich erregt, reizbar und begeht Triebhandlungen, wie grundloses Fortlaufen von zuhause oder Erschießen seines Hundes. Ebenso finden sich bei ihm auch sonderbare Handlungen sexuellen Begehrens mit verminderter Hemmung und fehlendem ethischen Feingefühl. Beim Militär äußert er vage körperliche Beschwerden und verfällt auch hier Triebhandlungen (Fortlaufen, Suicidversuch). Bei der nachfolgenden psychiatrischen Beobachtung kann die Diagnose nicht restlos geklärt werden. Es heißt in dem schon erwähnten Bericht „Die klinische Diagnose . . . . läßt sich noch nicht mit voller Sicherheit eindeutig stellen. Man hat eben auch hier wieder

einen jener seit Kriegsbeginn häufiger als sonst auftretenden Fälle vor sich, bei denen man über die Differentialdiagnose psychogener oder schizophrener Stupor bis auf weiteres nicht hinauskommt; nicht selten handelt es sich auch um eine Kombination beider Zustände, was die Diagnose noch weiter erschwert". Daß selbst echte Schizophrenien mit Kriegsbeginn und im Verlauf des Krieges häufiger in Erscheinung traten, hängt nicht mit einer auslösenden Ursache durch den Krieg zusammen, sondern allenfalls damit, daß die lange Jahre in den eingefahrenen Bahnen ihrer Häuslichkeit lebenden Kranken nun plötzlich in der veränderten Sachlage und Umgebung sich nicht mehr zurechtfanden. Im ganzen hat man jedoch keine Zunahme der Schizophrenie durch den Krieg beobachtet. Der exogene Faktor hat also höchstens die Wirkung, daß er die Psychose „ausklinkt". Da die Diagnose bei der Klinikentlassung keineswegs feststand, ist auch dies wieder einer jener Fälle, bei denen der Mord als diagnostisches Moment zu verwerten ist. Allerdings bot ja nachher der Kranke in der Heil- und Pflegeanstalt ganz charakteristische Symptome der ausgesprochenen Psychose. Seine Entlassung aus der Klinik war davon abhängig gemacht worden, daß er in geeignete häusliche Pflege komme. Die nachfolgende amtsärztliche Beurteilung bezeichnete ihn als geisteskrank, aber nicht gemeingefährlich. Sighart hält die Frage der Gemeingefährlichkeitsbeurteilung für eine der schwierigsten Aufgaben, die an den Amtsarzt herantreten können. Bei der gänzlich unzulänglichen und direkt leichtsinnigen Weise, in der der Kranke beaufsichtigt wurde, muß der getötete Onkel leider als das Opfer seiner eigenen Sorglosigkeit bezeichnet werden.

Stellt man hier die Frage nach Motiv, Ausführungsweise und Reaktion auf die Tat, so ist zu sagen, daß sie mit seltener Grausamkeit und Kaltblütigkeit ausgeführt wurde, daß der Kranke überhaupt keine wahrnehmbare Reaktion, geschweige denn Reue oder Gewissensbisse nach der Tat zeigte, sondern in seinem affektlosen mutazistischen und negativistischen Verhalten dauernd verharrte. Für das Motiv läßt sich überhaupt kein Grund, nicht einmal eine inadäquate Motivierung finden. „Das hab' ich gemüßt" war das Einzige, was von ihm selber zu erfahren war. Ob er durch momentane Sinnestäuschungen getrieben wurde, oder ob sich bei ihm ein Wahnsystem festgelegt hatte, steht dahin. Äußerlich ist die Tat als Triebhandlung aufzufassen, die in einer Ebene mit den vorhergehenden liegt, und bei denen man nicht einmal von erfaßbaren pathologischen Antrieben sprechen kann, die man etwa normalpsychologischen

gegenüberstellen könnte. Gerade solche „prinzipiell unverstehbare“ Impulshandlungen zeigen so recht deutlich, daß eine Einfühlung in das Wesen der Schizophrenie mit psychologischen Methoden nicht möglich ist und daß hier Rätsel auftauchen, die wohl nie gelöst werden können.

Zusammenfassung.

Gemeingefährlichkeit und Schizophrenie werden gesondert behandelt; bei ersterer wird dem kommenden Deutschen Strafrecht, bei letzterer den Frühstadien eine ausführlichere Betrachtung zuteil. Die Beziehungen beider werden zuerst systematisch kriminalpsychopathologisch, sodann kurz im Rahmen der sozialen Bedeutung dargelegt. Ein gedrängter Überblick über das Schrifttum leitet über zur Veröffentlichung eines Falles, der zum Schluß gewürdigt wird.

Am Schlusse meiner Arbeit möchte ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Med. Rat Professor Dr. G. Specht meinen aufrichtigen Dank aussprechen für die Überlassung des Themas und die sofortige Durchsicht der Arbeit.

Schrifttum.

Abély, Internierung der kriminellen Geisteskranken. Ann. Med. psychol. 93, I 234 (1935).

Aschaffenburg, Der Begriff der Gemeingefährlichkeit bei der Aufnahme von Geisteskranken in die Irrenanstalten. Ref. Zbl. Neur. 64, 248.

— Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke. 1912.

— Das Verbrechen und seine Bekämpfung.

Baer, Der Verbrecher in anthropologischer Beziehung.

Berze, zitiert nach Gruhle (Theorien).

Birnbaum, Die psychopathischen Verbrecher. Leipzig 1926.

— Kriminalpsychopathologie und psychobiologische Verbrecherkunde. Berlin 1931.

Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie.

— Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, im Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg.

— zitiert nach Gruhle (Geschichtliches).

Bostroem, zitiert nach Skalweit 1936.

Carrilho, Forensisch-medizinische Aspekte der Schizophrenien. Arch. manic. judic. Rio 1, 43 (1930).

Creutz, Gemeingefährlichkeit und polizeiliche Mitwirkung bei der Anstaltsunterbringung Geisteskranker auf Grund der bisherigen und der neuerdings veränderten verwaltungsrechtlichen Lage. Psychiatr.-neur. Wschr. 1932, 141.

Eisen, Zur Verhütung von Schizophrenie. Diss. Erlangen 1933.

Ewald, Schizophrenie. Fortschr. Neur. 1 (1929); 2 (1930); 3 (1931).

— Über Frühsymptome der Schizophrenie. Ärztl. R. 8 (1931).

Fuchs, Die Nachkommen von Schizophrenen und das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Diss. Erlg. 1936.

Genil-Perrin, Georges, et Madeleine Lebreuil: Tentative grave de parricide par un dément précoce avec apparence de préméditation. Ann. Méd. lég. etc. 15, 306 (1935); Ref. Zbl. Neur. 76, 527 (1935).

Glaser, Tötungsdelikt als Symptom von beginnender oder schleichend verlaufender Schizophrenie. Z. Neur. 150, 1 (1934).

Göring, Die Gemeingefährlichkeit in psychiatrischer, juristischer und soziologischer Beziehung. 1915.

Gregory, Psychiatry and the problems of deliquency. Amer. J. Psychiatry 91, 773 (1935); Ref. Zbl. Neur. 76, 230 (1935).

Gruhle, Geschichtliches, in Handbuch der Geisteskrankheiten von Bumke, Spez. Teil V: Die Schizophrenie.

— Theorien; ebd.

Gürtner, Das neue Reichsgesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher (24. 11. 1933). Arch. f. Kriminol. 93, 197 (1933).

Hackfield, Crimes of unintelligible motivation as representing an initial symptom of a insidiously developing schizophrenia. Amer. J. Psychiatry 91, 639 (1934); Ref. Zbl. Neur. 75, 441 (1935).

Hagen, zitiert nach Gruhle (Geschichtliches).

Harnack, Die gerichtliche Medizin. Leipzig 1914.

Hedenberg, Ein schizophrener Familienmörder. Allg. Z. f. Psych. 100, 267 (1933).

Hoche, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. 1909.

Hollander, d', et de Greeff, Les crimes, actes d' affranchissement du moi, prodromes d'états schizophréniques. J. de Neur. 29, 397 (1929); Ref. Zbl. Neur. 54, 703 (1930).

Homburger, Lebensschicksale geisteskranker Strafgefangener.

Horstmann, Über den Begriff der Gemeingefährlichkeit. Vierteljschr. f. ger. Med. 53.

Hübner, Lehrbuch der forensischen Psychiatrie. 1914.

Imber, Considerazioni sopra un caso di omicidio schizofrenico. Note Psichiatr. 65, 161 (1936); Ref. Zbl. Neur. 83, 104.

Jacobi, Zur Psychopathologie des Familienmords. Arch. f. Psychiatr. 83, 501 (1928).

Jiménez de Asúa, Ein Gesetzentwurf gegen Gemeingefährlichkeit ohne begangenes Verbrechen (Das spanische Gesetz gegen Vagabunden und Gesindel v. 4. 8. 1933). Mschr. Kriminalpsychol. 25, 86 (1934).

Joo, siehe Miscolczy.

Kankeleit, Kriminalität und Psychotherapie, in Kongr. Ber. f. Psychotherapie 1928.

Karpmann, Psychoses in criminals etc. Ref. Zbl. Neur. 52, 380 (1929).

Kaufmann, Die Psychologie des Verbrechens. Berlin 1922.

Kinberg, Familienmord eines Schizoiden im affektiven Dämmerzustand. Sv. Läkartidn. 1934, 489; Ref. Zbl. Neur. 73, 627 (1934).

Kleist, zitiert nach Gruhle (Theorien) und Kronfeld.

v. Krafft-Ebing, Gerichtliche Psychopathologie. 1900.

Kraepelin, zitiert nach Gruhle (Geschichtliches).

Kronfeld, Über den Wandel des Schizophreniebegriffes. Mschr. f. Psych. 73, 140 (1929).

Küppers, Die Insulinbehandlung der Schizophrenie. D. M. W. 1937, 377.

Küster, Mord u. Schizophrenie. Ref. Zbl. Neur. 71, 260 (1934).

Lange, siehe Miscolczy.

Leinisch, Ein forensisch bedeutsamer Fall von Schizophrenie. 1935.

Lenz, Grundriß der Kriminalpsychologie. 1927.
Meggendorfer, Forensische Psychiatrie. Neuere ausländische Strafgesetze und die Probleme der Zurechnungsfähigkeit und verminderten Zurechnungsfähigkeit. Fortschr. Neur. 5 (1933).
— Das kommende deutsche Strafrecht, ebd. 8, 87 (1936).
Mikorey, Symptomarme Geisteskrankheit und schweres Verbrechen. Mschr. Kriminalpsychol. 27, 97 (1936).
Miscolczy, Joo und Lange, zitiert nach Skalweit 1936.
Moeli, Über irre Verbrecher. 1888.
Moerchen, Die soziale Gemeingefährlichkeit degenerierter Psychopathinnen höherer Stände. D.M.W. 1928, II 1642.
v. Monakow u. Morgue, zitiert nach Ewald (Schizophrenie) 1933.
Mueller, Un raro caso di raptus omicida in un antico ebefreno-catatonico. Arch. gen. di Neur. 14, 326 (1933); Ref. Zbl. Neur. 70, 400 (1934).
Naecke, Über Familienmord durch Geisteskranke.
Neumann, zitiert nach Gruhle (Geschichtliches).
Nissen, Über die Fruchtbarkeit der Schizophrenen. Nord. med. Tidskr. 1932, 929; Ref. Zbl. Neur. 67, 340 (1933).
Nyírö, Der heutige Stand der Schizophrenie-Frage vom klinischen Gesichtspunkte. Orvosképzés 23, 785 (1933); Ref. Zbl. Neur. 71, 252 (1934).
Oliviers, Les aliénés délinquants tels qu'ils se présentent à l'asile spécial. J. de Neur. 32, 209; Ref. Zbl. Neur. 64, 839 (1932).
Pacheco e Silva, Die Verbrechen eines „frühzeitigen Irren". Arqu. Med. leg. 4, 247; Ref. Zbl. Neur. 72, 577 (1934).
Palmieri, Die Verteilung der morphologisch konstitutionellen Typen unter den geisteskranken Verbrechern. D. Z. f. ger. Med. 12, 592 (1928).
Parasuram, Crime and insanity in India. J. ment. Sci. 77, 365; Ref. Zbl. Neur. 61, 656 (1932).
Pichard, Les aliénés homicides. Prophyl. ment. 6, 97 (1929); Ref. Zbl. Neur. 55, 635 (1930).
Pisani, Dinamica del delitto negli alienati. Arch. di. Antrop. crimin. 53, 1624 (1933); Ref. Zbl. Neur. 74, 543 (1935).
Pollitz, Die Psychologie des Verbrechens. 1916.
Puyn, Beiträge zur Psychopathologie von Mord und Totschlag. Allg. Z. Psychiatr. 93, 66.
Raviart, Crimes d'aliénés et protection sociale. Ann. Méd. lég. 12, 459 (1932); Ref. Zbl. Neur. 64, 838 (1932).
Reukauff, Zur Frage der Gemeingefährlichkeit geisteskranker Personen. Vierteljschr. f. ger. Med. 58, 1919.
Rixen, Die gemeingefährlichen Geisteskranken im Strafrecht, im Strafvollzuge und in der Irrenpflege. 1921.
v. Rhoden, Lombrosos Bedeutung für die moderne Kriminalbiologie. Arch. f. Psychiatr. 92, 140 (1930).

Roncati, Sintomi inizialissimi della demenza precoce. Schizofrenie 3, Nr. 3/4 325 (1933); Ref. Zbl. Neur. 71, 261 (1934).

Rossi, Psychologie der Dementia praecox. Rev. Asoc. méd. argent. 47, 3591 (1933); Ref. Zbl. Neur. 72, 74 (1934).

Sander-Richter, Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen. 1886.

van der Scheer, Psychiatrie und die Einheitsdiagnose Schizophrenie. Psychiatr. Bl. 32, 540 (1928); Ref. Zbl. Neur. 52, 751 (1929).

Scheven, Geistesstörung und Verbrechen in Mecklenburg-Schwerin. 1900.

Schneider, zitiert nach Skalweit 1936.

Schultze, Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung (24. 11. 1933); Ref. Zbl. Neur. 73, 405 (1934).

Siemerling, Geisteskrankheit und Verbrechen.

Sighart, Zur amtsärztlichen Begutachtung der Gemeingefährlichkeit. Z. f. Medizinalbeamte 42, 385 (1929).

Skalweit, Schizophrenie. Fortschr. Neur. 8, 239 (1936); 7, 143 (1935); 6, 261, 271 (1934).

Sommer, Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie. 1904.

Spielmeyer, zitiert nach Skalweit 1936.

Stanojević, Rechtsfehler in einem Fall gerichtlicher Begutachtung einer an Schizophrenie erkrankten Frau, anläßlich des Mordes begangen an ihrem Manne. Srpski Arh. celok. Lekarst 30, 533 (1928); Ref. Zbl. Neur. 52, 381 (1929).

Steinwallner, Vom komm. Strafr. Psych.-neur. Wschr. 1935, 465.

Steffen, Ein Fall von Muttermord auf Grund von Schizophrenie. Arch. kryminol. 1, 24 (1933); Ref. Zbl. Neur. 71, 261 (1934).

Stelzner, Die Frühsymptome der Schizophrenie in ihren Beziehungen zur Kriminalität und Prostitution der Jugendlichen. Z. Psychiatr. 71, 60 (1914).

Stumpfl, Erbanlage und Verbrechen, Berlin 1935.

Thierack, Gemeingefährliche Handlungen, in: „Das kommende deutsche Strafrecht, Berlin 1935.

Többen, Ein Beitrag zur Psychologie der zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe verurteilten oder begnadigten Verbrecher. Mschr. f. Kriminalogie 9, 450 (1913).

Wetzel, Die soziale Bedeutung, in Handbuch d. Geisteskrankheiten von Bumke, Spez. Teil V: Die Schizophrenie, S. 612.

— Schizophrenie u. soz. Gemeinsch. Z. f. Neur. 127, 811 (1930).

— Über Massenmörder, zit. nach Wetzel, soziale Bedeutung.

Wilmans, Mord und Totschlag im Prodromalstadium der Schizophrenie. Ref. Klin. Wschr. 12, 564 (1933).

— Zur Psychopathologie des Landstreichers. Leipzig 1906.

Wulffen, Kriminalpsychologie. Berlin 1926.

Zaitzeff, Die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit bei Massenverbrechern 1912.

Lebenslauf.

Am 2. August 1909 wurde ich zu Bamberg geboren als Sohn des damaligen Amtsrichters Dr. Friedrich Uibeleisen und seiner Ehefrau Anna, geb. Busch. Ich besuchte die Volksschule in Coburg, Würzburg und Aschaffenburg und die humanistischen Gymnasien Münnerstadt und bei St. Anna Augsburg. Im Mai 1927 bezog ich die Universität Erlangen, widmete mich hier und in Hamburg dem Studium der Medizin und legte in Erlangen 1933 das ärztliche Staatsexamen ab. Während des praktischen Jahres war ich $7^1/_2$ Monate Hilfsassistent an der Psychiatrisch-neurologischen und $4^1/_2$ Monate Medizinalpraktikant an der Medizinischen Universitätsklinik und seit der Approbation 1934 Assistent an der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Erlangen.

Erlangen, 30. 3. 1937.

Ulrich-Otto Uibeleisen.